

Dirección de Regulación y Control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos
División de Importación y Exportación
Recaudos de Permiso para Exportaciones de Medicamentos - Solamente Aplica para Pacientes que deben seguir Tratamiento en el Exterior
Notas:

- a) El Solicitante deberá presentar la Solicitud en físico con el resto de los Recaudos, organizados de la manera que se presenta a continuación, en carpeta marrón debidamente identificada y realizar su entrega en la Taquilla Única del SACS ubicada en la sede central.
- b) (*) La verificación de la recepción del documento por parte de la División, no implica aprobación.

| Nº | Recaudo | Descripción | Verificado (*) |
|----|---|--|---|
| 1 | Solicitud de Permiso de Exportación de Medicamentos para Pacientes que deben seguir Tratamiento en el Exterior. | Carta dirigida al Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) emitida por el Interesado, indicando (Nombre, Apellido, Cédula de Identidad, Dirección, Teléfono y Fecha de la Solicitud). Indique en la Solicitud los siguientes datos: ✓ Nombre del Paciente. ✓ Número de Cédula de Identidad. ✓ Número de Teléfono del Paciente ✓ Nombre del Producto. ✓ Principio Activo ✓ Cantidad a Importar. ✓ Presentación. ✓ Concentración. ✓ País de Procedencia. ✓ Puerto de Salida en Venezuela. ✓ Puerto de Entrada en el Exterior. Nota: Esta Carta debe estar firmada por el Paciente y debe ser impresa por duplicado. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2 | Informe o Diagnóstico Médico del Paciente. | El cual debe contener lo siguiente: ✓ Membrete de la Institución de Salud ✓ Firma del Médico Tratante, con su número de registro del MPPS ✓ Teléfonos del Médico Tratante y la Institución de Salud. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3 | Récipe Medico. | El cual debe indicar las cantidades del medicamento a Exportar. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4 | Cédula de Identidad del Paciente. | Copia de este documento de identidad. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5 | Comprobante de Pago. | Original y Copia del Comprobante del Depósito Bancario o Transferencia electrónica. Verifique el monto a cancelar de la tarifa vigente publicada en la Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Drogas, Medicamentos y Cosméticos . Asimismo, los Pagos deben realizarse a Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria , de acuerdo a lo indicado en el link " Para Cancelar Tarifas y Multas " / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas , publicada en la Página WEB del SACS. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

| TAQUILLA UNICA DEL SACS RECIBIDO POR | DIVISIÓN VERIFICADO POR | DIRECCIÓN AUTORIZADO POR |
|---|----------------------------|-----------------------------|
| Nombre: _____ | Nombre: _____ | Nombre: _____ |
| Cargo: _____ | Cargo: _____ | Cargo: _____ |
| Fecha: _____ | Fecha: _____ | Fecha: _____ |

FO.12-DMC-IE-OPP-AGOSTO 2022

