

**Dirección de Regulación y control de Drogas, Medicamentos y Cosméticos****División de Importación y Exportación****Recaudos de Permiso para Importación de Medicamentos para Pacientes****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 Importación de Medicamentos para Pacientes. | <p>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).</p> <p>Indique en la Solicitud los siguientes datos:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Nombre del Paciente.</li><li>✓ Nombre del Producto.</li><li>✓ Cantidad a Importar.</li><li>✓ Presentación.</li><li>✓ Concentración.</li><li>✓ País de Procedencia.</li><li>✓ Puerto de Salida.</li><li>✓ Puerto de Entrada.</li></ul> <p><b>Esta Solicitud debe ser impresa por duplicado.</b></p> | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2  | Informe o Diagnóstico Médico del Paciente.                          | El cual debe contener lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Membrete de la Institución de Salud</li><li>✓ Firma del Médico Tratante, con su número de registro del MPPS</li><li>✓ Teléfonos del Médico Tratante y la Institución de Salud.</li></ul>  | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3  | Récipe Medico.  | El cual debe indicar las cantidades del medicamento a Importar.   | 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 <b>Página WEB del SACS / Tarifas / Nivel Central / Drogas, Medicamentos y Cosméticos</b> . Asimismo, los Pagos deben realizarse a <b>Nombre del Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria</b> , de acuerdo a lo indicado en el link <b>“Para Cancelar Tarifas y Multas” / Datos Bancarios para Pagos de Tarifas y Multas</b> , publicada en la Página WEB del SACS.   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.



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

FO.02-DMC-IE-OPP-AGOSTO 2022



@sacs\_ve



Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria

Av. Baralt, Edificio Sur, Centro Simón Bolívar, Piso 3, Oficina 324,  
El Silencio, Código Postal 1010. Caracas - Venezuela.