

## 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.

N°	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: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nombre del Paciente.</li> <li>✓ Número de Cédula de Identidad.</li> <li>✓ Número de Teléfono del Paciente</li> <li>✓ Nombre del Producto.</li> <li>✓ Principio Activo</li> <li>✓ Cantidad a Importar.</li> <li>✓ Presentación.</li> <li>✓ Concentración.</li> <li>✓ País de Procedencia.</li> <li>✓ Puerto de Salida en Venezuela.</li> <li>✓ Puerto de Entrada en el Exterior.</li> </ul> <b>Nota: Esta Carta debe estar firmada por el Paciente y debe ser impresa por duplicado.</b>	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 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 <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"/>

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

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