



## CADASTRAMENTO ANVISA

FIZEMOS ESTE DOCUMENTO COM O INTUITO DE AUXILIAR O PACIENTE A SOLICITAR A AUTORIZAÇÃO DE IMPORTAÇÃO NA ANVISA.

LEMBRANDO QUE, SE VOCÊ PREFERIR, NÓS DA LOTUSMED BRASIL, PODEMOS REALIZAR ESTE PASSO MEDIANTE A UMA PROCURAÇÃO DIGITALIZADA.

1 ENTRAR NO SITE: [HTTPS://WWW.GOV.BR/PT-BR](https://www.gov.br/pt-br) E BUSCAR “IMPORTAÇÃO DE CANABIDIOL”



OU ACESSAR O LINK: [HTTPS://WWW.GOV.BR/PT-BR/SERVICOS/SOLICITAR-AUTORIZACAO-PARA-IMPORTACAO-EXCEPCIONAL-DE-PRODUTOS-A-BASE-DE-CANABIDIOL](https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-autorizacao-para-importacao-excepcional-de-produtos-a-base-de-canabidiol)

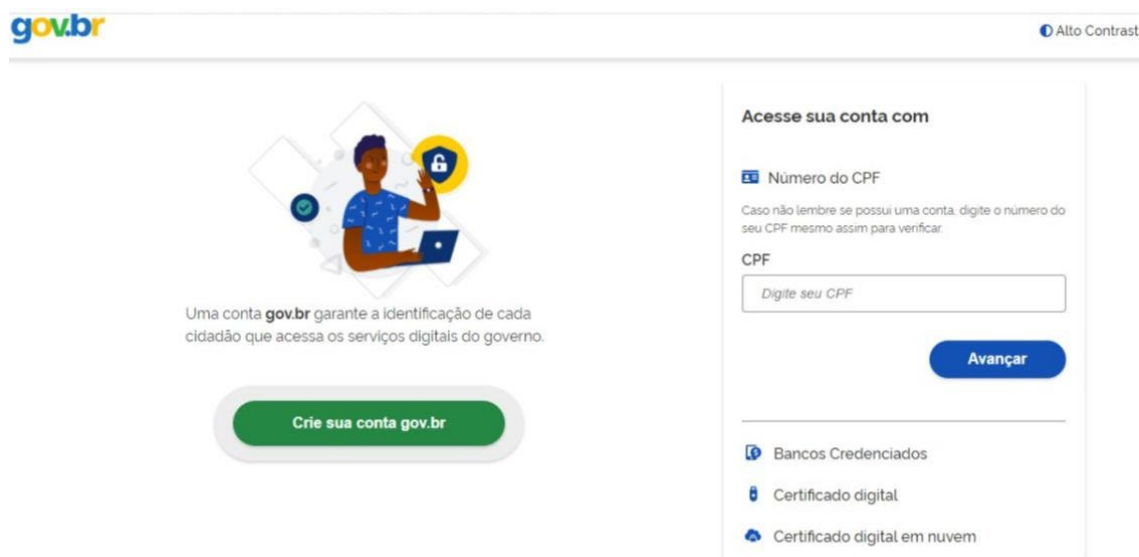
2 CLICAR EM “SOLICITAR AUTORIZAÇÃO PARA IMPORTAR PRODUTOS DERIVADOS DE CANNABIS” E DEPOIS “INICIAR”

Solicitar autorização para importar produtos derivados de Cannabis

\* Importação de Canabidiol\*

Iniciar

3 FAZER LOGIN CRIANDO A SUA CONTA EM GOV.BR OU SE JÁ TIVER CONTA, COM SEU CPF.



## 4 CONFIRMAR DADOS DE CADASTRO

1 Solicitação — 2 Aguardando em fila de análise — 3 Análise — 4 Resultado

Responder Formulário [Salvar formulário](#)

(\*) Campos de preenchimento obrigatório.

CPF do Solicitante  Número do Protocolo

**Autorização para Importação de Canabidiol**

## 5 SELECIONAR TIPO DE SOLICITAÇÃO

**Autorização para Importação de Canabidiol**

**TIPO DE SOLICITAÇÃO**

Tipo de Solicitação \*

Selecione

Limpar itens selecionados

- Inicial
- Alteração
- Renovação

## 6 PREENCHER DADOS DO SOLICITANTE

**DADOS DO SOLICITANTE**

O Solicitante é o próprio Paciente

Nome completo do Solicitante (Não pode ser menor de idade)

Sexo  Data de Nascimento

Endereço \*

Estado  Município

CEP \*  Celular \*  Telefone fixo

E-mail para contato \*


## 7 INSERIR DADOS DO PRODUTO

### DADOS DO PRODUTO


Orientações:


Nesta seção, insira os produtos da solicitação, de modo que todos produtos sejam incluídos na tabela abaixo. Para incluir um produto, siga os passos:

- Clique na lupa e a tela de pesquisa será exibida;
- Digite parte do nome do produto no campo "Nome Comercial" (ou deixe em branco para ver todos) e clique em "FILTRAR";
- Selecione o produto desejado na lista. Caso não localize o produto, selecione a opção "Outro" na lista e informe os campos "Nome", "Composição" e "Empresa Fabricante" contendo o nome comercial e descrição do

Nome Comercial \* 

  🔍


Composição \* 


Empresa Fabricante \* 


ADICIONAR DADOS NA TABELA +

## 8 INSERIR DADOS DO PRESCRITOR - MÉDICO QUE PRESCREVEU A RECEITA

### DADOS DO PRESCRITOR

Nome do Profissional Legalmente Habilitado \* 

Nº no Conselho/UF \* 

Especialidade \* 

Selecione
▼

Estado \*


Selecione
▼

Município \*

Selecione
▼

Telefone fixo \*

Celular

E-mail para contato \* 

## 9 ANEXAR A RECEITA MÉDICA\*

\*A RECEITA DEVE SER EMITIDA POR UM PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO CONTENDO OBRIGATORIAMENTE: NOME DO PACIENTE; NOME COMERCIAL DO PRODUTO (NÃO SÃO NOMES COMERCIAIS: CANABIDIOL, CBD, HEMP OIL, EXTRATO DE CANNABIS, ÓLEO DE CBD, BLUE, GOLD ETC.); POSOLOGIA (DOSE DIÁRIA), DATA, ASSINATURA, NÚMERO DO REGISTRO E CONSELHO DE CLASSE DO PROFISSIONAL PRESCRITOR.

### DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Receita Médica \* 

  📎

2ª Receita Médica 

  📎

Declaro que fui informado pelo prescritor (a) e estou ciente que:

1. A prescrição realizada pelo profissional e a solicitação de Autorização pelo paciente ou seu responsável legal representam a ciência e o aceite por ambos da ausência de comprovação da qualidade, da segurança e da eficácia dos produtos importados, bem como pelos eventos adversos que podem ocorrer, sendo o profissional prescritor e o paciente ou seu responsável legal totalmente responsáveis pelo uso do produto.
2. O uso do produto importado estritamente pessoal e intransferível, sendo proibida a sua entrega a terceiros, doação, venda ou qualquer outra utilização diferente da indicada.

Concordo com a Declaração \*

RETORNAR PARA PASSO 1 DE 3 ↶
PRÓSSEGUIR PARA PASSO 3 DE 3 ✓

10 AGUARDAR O PEDIDO EM ANÁLISE

11 APÓS ANÁLISE DA ANVISA (PRAZO MÉDIO DE 10 DIAS CORRIDOS), ACESSE O **MINHAS SOLICITAÇÕES** E SELECIONE O PROTOCOLO CORRESPONDENTE A SOLICITAÇÃO FEITA. UM E-MAIL AUTOMÁTICO TAMBÉM É ENVIADO COMUNICANDO QUE A ANÁLISE FOI CONCLUÍDA (EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO, POR GENTILEZA, VERIFIQUE O LIXO ELETRÔNICO/CAIXA ANTI-SPAM).

**OBS: O DOCUMENTO É VÁLIDO POR 02 ANOS.**

**CONTE CONOSCO: NOSSA MISSÃO É OFERECER UM PRODUTO DE QUALIDADE E UM ATENDIMENTO EXCLUSIVO, PARA QUE TODO O PROCESSO DE AQUISIÇÃO SEJA FACILITADO E ACOMPANHADO COM O CUIDADO QUE VOCÊ MERECE.**

**CASO RESTEM DÚVIDAS, ESTAMOS À DISPOSIÇÃO EM NOSSOS CANAIS DE APOIO:  
CONTATO@LOTUSMEDBRASIL.COM.BR | WHATSAPP (21) 96874-5075**



LotusMed  
BRASIL