

FARMÁCIAS

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA SOLICITAÇÃO DE ALVARÁ SANITÁRIO DE FARMÁCIAS

1. Requerimento dirigido ao órgão de Vigilância Sanitária, contendo razão social, CNPJ, ramo de atividade, endereço, CEP, telefone, assinado pelo Representante Legal e Responsável Técnico do estabelecimento; **(ANEXO I)**
2. Cópia do Contrato Social ou Ata de Constituição Registrada na Junta Comercial e suas Alterações, se houver, devendo estar explicitada a classe de produtos e as atividades pleiteadas;
3. Cópia do documento de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
4. Cópia do Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia, do ano em exercício;
5. Cópia do alvará de localização;
6. Cópia do alvará dos bombeiros;
7. Comprovante de pagamento da taxa de vigilância sanitária municipal;
8. Organograma da empresa, com descrição de cargos e funções;
9. Listagem dos equipamentos que a farmácia dispõe, por área;
10. Cópia da Lista Mestra dos Procedimentos Operacionais;
11. Procedimento Operacional relativo à qualificação de fornecedores;
12. Cópia do plano de gerenciamento de resíduos;
13. Manual de Boas Práticas de Manipulação em Farmácias e/ou Boas Práticas Farmacêuticas.

*** No caso de RENOVAÇÃO, deve ser entregue uma cópia do alvará sanitário anterior.**

ANEXO I
REQUERIMENTO

Ilmo(a) Sr.(a)

Secretário Municipal da Saúde

Estabelecimento (razão social):		
Ramo de atividade:		
Nome fantasia:		
Endereço:		
Bairro:		Município:
CEP:	Telefone:	Fax:
CNPJ:		E-mail:
Responsável Técnico:		
N° CRF:		
Responsável Legal:		
Serviços farmacêuticos prestados:		
<input type="checkbox"/> aplicação de injetáveis	<input type="checkbox"/> perfuração de lóbulo auricular	
<input type="checkbox"/> fracionamento de medicamentos	<input type="checkbox"/> atenção farmacêutica domiciliar	
<input type="checkbox"/> aferição de parâmetros	<input type="checkbox"/> administração de medicamentos	

Vem Requerer:

Renovação de Licença Sanitária

Alteração de Licença Sanitária:

Representante Legal

Responsável Técnico

Endereço

Razão Social

GUAPORÉ, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura do Responsável Legal