

## DROGARIAS

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REQUERER ALVARÁ SANITÁRIO

- 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 1)**
- 2 - Cópia do Alvará Sanitário do exercício anterior;
- 3 - Cópia do Certificado de Regularidade emitido pelo Conselho Regional de Farmácia, atualizado para o ano em exercício;
- 4 - Cópia da publicação, em Diário Oficial da União, da concessão/renovação da Autorização de Funcionamento de Empresa - AFE, contendo número da Resolução e data, ou cópia da Resolução capturada no portal da ANVISA, [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br);
- 5 - Comprovante de pagamento da taxa de vigilância sanitária municipal;
- 6 - Guia para verificação das Boas Práticas Farmacêuticas em Drogarias, encontrado na PORTARIA 587 de 2011, devidamente preenchido, no que couber, com todas as folhas rubricadas e assinadas pelo farmacêutico responsável técnico e pelo representante legal do estabelecimento;**
- 7 - Para comercializar medicamentos que contenham substâncias constantes das Listas da Portaria MS 344/98, as drogarias deverão apresentar a Cópia do Certificado de Escrituração Digital, emitido pelo Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados - SNGPC, e o status de movimentação - comprovante de movimentação de estoque de medicamentos controlados.

**\* 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:		
Nº 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