

DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS – DROGARIAS E FARMÁCIAS

Segundo a legislação sanitária vigente, as atividades pleiteadas durante o peticionamento da Autorização de Funcionamento (AFE) da ANVISA de Farmácias e Drogarias (concessão, ampliação ou alteração de atividades) devem constar na Licença Sanitária emitida pela Vigilância Sanitária ou no relatório de inspeção anexado.

Licença Sanitária: () inclusão () renovação () inclusão de atividade

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO:

Razão Social: _____

Endereço: _____

CNPJ: _____

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: Declaro à Superintendência de Vigilância em Saúde, conforme determina a legislação sanitária vigente, que o estabelecimento acima identificado pretende (inclusão) ou desenvolve (renovação) as seguintes atividades (marcar com **X**, lembrando que cada item deve estar de acordo com a legislação para ser licenciado pela Vigilância Sanitária):

- 1 – Dispensação de medicamentos não sujeitos a controle especial ()
- 2 – Dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial ()
- 3 – Manipulação de produtos oficiais ()
- 4 – Manipulação de produtos magistrais ()
- 5 – Prestação de serviços farmacêuticos:
 - 5.1 - Atenção farmacêutica:
 - 5.1.1 - Atenção farmacêutica domiciliar ()
 - 5.1.2 - Aferição de parâmetros fisiológicos: temperatura corporal () pressão arterial ()
 - 5.1.3 - Aferição de parâmetro bioquímico: glicemia capilar ()
 - 5.1.4 - Administração de medicamentos: injetáveis () inalatórios ()
 - 5.2- Perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos ()
- 6 – Comércio de cosméticos, perfumes e produtos de higiene ()
- 7 – Comércio de correlatos ()
- 8 – Comércio de plantas medicinais () **Obs.: Privativo de farmácias e ervanarias.**
- 9 – Comércio de alimentos permitidos pela legislação vigente (conforme disposto na Instrução Normativa – IN nº 09 de 17 de Agosto de 2009, que dispõe sobre a relação de produtos permitidos para dispensação e comercialização em farmácias e drogarias) ()
- 10 – Dispensação de medicamentos não sujeitos a controle especial por meio remoto (tele-entrega) ()
- 11 – Determinação de outros parâmetros bioquímicos e fisiológicos () Quais: _____

Nome do Farmacêutico Responsável Técnico: _____

CRF/RS: _____ **RG/CPF:** _____

Ass: _____ **Data:** ____/____/____