



SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

ÁREA: Medicamentos

ASSUNTO: Licenciamento de Drogarias.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DE INSTRUÇÃO

Renovação de Licença Sanitária

- Requerimento original e preenchimento de forma legível;
- Cópia da Licença Sanitária do exercício anterior;
- Cópia do Contrato Social registrado na Junta Comercial, devendo constar neste documento os objetivos claramente explicitados das atividades que foram requeridas (**apenas se houver alguma alteração**);
- Cópia da Publicação no Diário Oficial da União, a Autorização de Funcionamento de Empresa (**AFE/ANVISA**);
- Prova de Habilitação Legal do Responsável Técnico expedida pelo CRF/PB (**cópia atualizada do Certificado de Regularidade**);
- Termo de Responsabilidade Técnica (**Responsável Técnico e Assistente(s) (caso haja assistente)**);
- Cópia de Certidão de inscrição ou declaração atualizada do Responsável pela aplicação de injeção emitida pelo COREN/PB;
- Declaração assinada pelo proprietário e pelo responsável técnico quanto à prestação ou não de serviços farmacêuticos (**descrição dos serviços prestados**), bem como com relação ao armazenamento de produtos (**se presta serviços farmacêuticos apresentar item 6 no ato da renovação**);
- Alvará de Localização e Funcionamento;
- CPF e Documento Oficial de Identidade com foto do (**Responsável Técnico e Assistente(s) (se houver)**);
- CPF e Documento Oficial de Identidade com foto do (**Proprietário**).



SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

Ilmo. Sr.:
Gerente da G V S de João Pessoa

Protocolo:

Data da entrada:

Recebido por:

Venho por meio deste, requerer de V. Sa., a:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Licença Sanitária para Funcionamento Inicial | <input type="checkbox"/> Com Mudança de Razão Social |
| <input type="checkbox"/> Renovação da Licença Sanitária para Funcionamento | <input type="checkbox"/> Com Mudança de Endereço |
| <input type="checkbox"/> M R T - Mudança de Responsabilidade Técnica | <input type="checkbox"/> Mudança de Horário |
| <input type="checkbox"/> MAT – Mud. de Assistente IAT – Inserç de Assistente | <input type="checkbox"/> IATIV – Inserção de Atividade |

para o exercício do corrente ano de acordo com a Legislação em vigor, da firma:

Razão Social: _____
C.N.P.J.: _____ AFE/ANVISA: _____
Nome de Fantasia: _____
Endereço: _____ Nº: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Fone: _____
Ponto de Referência: _____

Atividade da firma: _____

Natureza da firma: Público Privado Filantrópico

Comercializa substâncias sujeitas ao regime de controle especial? SIM NÃO
(Portaria 344 ou em instrumento normativo que vier a substituí-la)

Marque abaixo os serviços farmacêuticos oferecidos de acordo com a RDC N^o 44/2009.

Oferece prestação de serviço de aplicação de injetáveis? SIM NÃO
Realiza aferição de glicemia capilar? SIM NÃO
Realiza aferição de pressão arterial? SIM NÃO
Realiza aferição de temperatura corporal? SIM NÃO
Realiza perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos? SIM NÃO

Proprietário(s): _____

CPF: _____ RG: _____

Endereço **Resid.:** _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Responsável Técnico: _____ CRF/PB: _____

Endereço **Resid.:** _____

Bairro: _____ CEP: _____ Tel.: _____

Cidade: _____ UF: _____

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Proprietário



SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Declaro para os devidos fins que a empresa _____
_____, inscrita no CNPJ sob o número
_____, situada na _____
_____, de propriedade do(a) Sr.(a) _____
_____, funciona no seguinte horário: _____
_____.

Sou consciente que as declarações inverídicas quanto às atividades existentes no meu estabelecimento acarretarão em penalidades previstas no art. 12, inciso IV da Lei Municipal nº 10.430/05, que regula o Processo Administrativo Sanitário, as infrações e as penalidades no âmbito da Vigilância Sanitária Municipal.

João Pessoa, ___ de _____ de _____.

Ass. do Proprietário



SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, _____,
_____, Portador do R.G. nº _____, legalmente inscrito no Conselho
Profissão

_____ sob o nº _____, declaro junto à Gerência de
Vigilância Sanitária conhecer a Legislação que rege o funcionamento dos estabelecimentos sob a
Responsabilidade Técnica abaixo relacionados:

Razão Social: _____

Atividade: _____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CNPJ: _____ Insc. Municipal: _____

Comprometo-me que enquanto for Responsável Técnico pelo estabelecimento, observar rigorosamente todas as normas legais em vigor e cumpri-las, e ainda, caso me desligar da responsabilidade técnica do referido estabelecimento, comunicar de imediato a este Órgão.

Dias e Horário do Responsável Técnico: _____

Local e data

Assinatura do Responsável Técnico



SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, _____,
_____, Portador do R.G. nº _____, legalmente inscrito no Conselho
Profissão

_____ sob o nº _____, declaro junto à Gerência de
Vigilância Sanitária conhecer a Legislação que rege o funcionamento dos estabelecimentos sob a
Responsabilidade Técnica abaixo relacionados:

Razão Social: _____

Atividade: _____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CNPJ: _____ Insc. Municipal: _____

Comprometo-me que enquanto for Responsável Técnico pelo estabelecimento, observar rigorosamente todas as normas legais em vigor e cumpri-las, e ainda, caso me desligar da responsabilidade técnica do referido estabelecimento, comunicar de imediato a este Órgão.

Dias e Horário do Responsável Técnico: _____

Local e data

Assinatura do Responsável Técnico



SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Eu, _____,
_____, Portador do R.G. nº _____, legalmente inscrito no Conselho
Profissão

_____ sob o nº _____, declaro junto à Gerência de
Vigilância Sanitária conhecer a Legislação que rege o funcionamento dos estabelecimentos sob a
Responsabilidade Técnica abaixo relacionados:

Razão Social: _____

Atividade: _____

Endereço: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CNPJ: _____ Insc. Municipal: _____

Comprometo-me que enquanto for Responsável Técnico pelo estabelecimento, observar rigorosamente todas as normas legais em vigor e cumpri-las, e ainda, caso me desligar da responsabilidade técnica do referido estabelecimento, comunicar de imediato a este Órgão.

Dias e Horário do Responsável Técnico: _____

Local e data

Assinatura do Responsável Técnico