



SECRETARIA DE SAÚDE
Gerência de Vigilância Sanitária – GVS/JP

ÁREA: Medicamentos

ASSUNTO: Licenciamento de Drogarias.

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DE INSTRUÇÃO (Rede Simples)

Licença Sanitária Inicial:

- Trazer 02 (duas) vias do Projeto Básico de Arquitetura em nome do estabelecimento interessado (Razão Social, Nome de Fantasia, CNPJ, endereço) contendo: Planta de locação, planta baixa com cotas de cada ambiente, planta baixa com layout de cada sala e área representando graficamente os equipamentos e mobiliários a serem utilizados e escala não inferior a 1:100.
- Descrição da atividade por ambiente.
- Memorial Descritivo de Arquitetura contemplando acabamentos de piso, parede, teto e bancada.
- Registro de Anotações de Responsabilidade Técnica – ART junto ao Conselho Regional de Engenharia e Agronomia – CREA-PB ou RRT junto ao Conselho de Arquitetura e Urbanismo – CAU local.
- No caso de reforma, ampliação e/ou construção, as plantas devem conter legenda indicando área a ser demolida, área a ser construída e área existente;
- Cópia do Alvará de Localização e Funcionamento.
- Requerimento original e preenchimento de forma legível;
- Cópia do documento de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- Cópia do Contrato Social registrado na Junta Comercial, devendo constar neste documento os objetivos claramente explicitados das atividades que foram requeridas;
- Cópia do protocolo da Autorização de Funcionamento de Empresa AFE/ANVISA (para obtenção do protocolo é necessário solicitar previamente o relatório estrutural – Requerimento anexo);
- Prova de Habilitação Legal do Responsável Técnico expedida pelo respectivo conselho de classe (cópia atualizada do Certificado de Regularidade);
- Termo de Responsabilidade Técnica (**Responsável Técnico e Assistente(s) (se houver)**);
- Cópia de Certidão de inscrição ou declaração atualizada do Responsável pela aplicação de injeção emitida pelo COREN/PB (caso preste serviços farmacêuticos da RDC 44/2009 – ANVISA);
- Cópia do CPF e Documento Oficial de Identidade com foto do Responsável Técnico;
- Cópia do CPF e Documento Oficial de Identidade com foto do Proprietário;
- 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;
- Declaração de horário de funcionamento do estabelecimento.



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: _____ AFE/ANVISA: _____

C.N.P.J.: _____

Nome de Fantasia: _____

Endereço: _____ N°: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Fone: _____

Ponto de Referência: _____

Atividade da firma: _____

Natureza da firma: Público Privado Filantrópico

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

SIM NÃO

Marque abaixo os serviços farmacêuticos oferecidos de acordo com a RDC N° 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: _____ Isc. 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: _____ Isc. 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: _____ Isc. 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

REQUERIMENTO DE RELATÓRIO ESTRUTURAL

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:

Autorização de Funcionamento de Empresa – AFE

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

1 – Identificação do Requerente

Razão Social: _____
Nome de Fantasia: _____
C.N.P.J _____ Nº do INSC. MUNICIPAL: _____
Nº Licença Sanitária: _____ Validade: _____
Análise da Planta Baixa (Protocolo): APB Nº: _____ Data: _____ / _____ / _____
Endereço: _____ Nº: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Telefone: _____
Email: _____
Nome do Proprietário: _____ CPF: _____
Nome do Responsável Técnico: _____
Nº Inscr. no Conselho de Classe: _____

Relatório de Inspeção Conclusivo

2 – Assinale com “X” o tipo de autorização pleiteada:

	Concessão de Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE)
	Concessão de Autorização Especial (AE)
	Alteração na Autorização de Funcionamento de Empresa por Ampliação de Atividade
	Alteração na Autorização de Funcionamento de Empresa ou na Autorização Especial por Mudança de Endereço de Sede
	Outro (especificar): _____

3 – Atividade / Classe de produto (especificar CNAE):

4 - Documento Exigido:

Cópia da Certidão de Regularidade Técnica do Responsável Técnico, emitido pelo respectivo Conselho de Classe Profissional.
Cópia do Alvará de Funcionamento vigente, emitido pela Prefeitura de João Pessoa, contemplando a atividade pleiteada.
Cópia da última publicação da AFE no D.O.U para os casos necessários

5. Informações adicionais (uso exclusivo drogarias e farmácia)

	Sim	Não
Pretende comercializar medicamentos controlados pela Portaria 344/MS?		
Pretende prestar serviços farmacêuticos da RDC 44/09/Anvisa?		
Pretende realizar fracionamento de medicamentos?		

6 - Protocolo

O requerimento preenchido e a documentação exigida deverão ser protocolados no setor de cadastro da Gerência de Vigilância Sanitária do município de João Pessoa (GVS/JP).

João Pessoa, / /

Assinatura do Requerente