



REQUERIMENTO PARA LICENCIAMENTO SANITÁRIO

IDENTIFICAÇÃO E LOCALIZAÇÃO DA EMPRESA/ESTABELECIMENTO		
RAZÃO SOCIAL/ NOME:		<input type="checkbox"/> PESSOA FÍSICA <input type="checkbox"/> PESSOA JURÍDICA
NOME FANTASIA:		
CNPJ / CPF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	INSCRIÇÃO MUNICIPAL:
ENDEREÇO:		TELEFONE(S):
BAIRRO:	CEP:	MUNICÍPIO:
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:	<input type="checkbox"/> SERVIÇO PÚBLICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO PRIVADO	<input type="checkbox"/> MATRIZ <input type="checkbox"/> FILIAL
LICENÇA SANITÁRIA ANTERIOR (nº. e data de vencimento):		CNES (apenas para serviços de saúde):
E-MAIL (da empresa ou dos responsáveis):		
REPRESENTANTE LEGAL – PROPRIETÁRIO (A)		
NOME:		
RG:	CPF:	
RESPONSÁVEL LEGAL - PROCURADOR (A) (se houver)		
NOME:		
RG:	CPF:	
RESPONSÁVEL TÉCNICO - RT		
NOME:		
Nº DE INSC. NO CONSELHO DE CLASSE:		CPF:
TIPO DE VÍNCULO		TELEFONE:
<input type="checkbox"/> FUNCIONÁRIO <input type="checkbox"/> PROPRIETÁRIO		E-MAIL DO RT:
ATIVIDADE(S) EXERCIDA(S) SEGUNDO A CNAE (IBGE/CONCLA)		
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
CNAE:	DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE:	
SOLICITAÇÃO AO DVS		
<input type="checkbox"/> Licença sanitária – Inicial. <input type="checkbox"/> Licença sanitária – Renovação. <input type="checkbox"/> Inclusão de atividade. Qual: _____ <input type="checkbox"/> Exclusão de atividade. Qual: _____	<input type="checkbox"/> Baixa de Responsabilidade Técnica (para o RT farmacêutico há formulário específico). <input type="checkbox"/> Mudança do Responsável Técnico (para o RT farmacêutico há formulário específico). <input type="checkbox"/> Mudança do Responsável Legal ou da Razão Social. <input type="checkbox"/> Emissão/impressão de licença sanitária com dados atualizados. <input type="checkbox"/> Outros (descrever): _____ _____ _____ _____	

Nestes termos pede deferimento da solicitação assinalada, declarando cumprir a legislação vigente e assumir, civil e criminalmente, inteira responsabilidade pela veracidade das informações prestadas neste formulário e nos documentos anexos.

REQUERENTE
Proprietário(a)/procurador(a) ou Responsável Técnico(a)

_____-RR, ____/____/____.
(município e data)

Protocolo nº.
Recebido do DVS:



DROGARIAS (Medicamento pronto)		
LISTA DE DOCUMENTAÇÃO ANEXA AO REQUERIMENTO DE LICENÇA SANITÁRIA		
CNAE:4771-7/01: Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas.		
CNAE:4771-7/03: Comércio varejista de produtos farmacêuticos homeopáticos .		
CNAE:4771-5/00: Comércio varejista de cosméticos , produtos de perfumaria e de higiene pessoal.		
	DOCUMENTO OU CÓPIA	Recebido
01	Requerimento Padrão modelo DVS: 02 vias preenchidas, datadas e assinadas pelo Proprietário, Procurador ou Responsável Técnico - RT.	
02	Lista de documentação entregue anexa ao Requerimento, modelo DVS (é este documento).	
03	Relação de produtos e/ou serviços oferecidos , respondida na íntegra, datada e assinada pelo(a) Responsável Técnico(a) - RT (modelo disponibilizado pelo DVS).	
04	Cópia de documento de identificação com foto (RG e CPF ou CNH) do Proprietário .	
05	Cópia de Procuração e de documento de identificação com foto (RG, CNH) e CPF do Procurador , se houver. <i>Só serão aceitas procurações com assinaturas reconhecidas, mas o documento não precisa ser feito pelo cartório.</i>	
06	Cópia do boleto e comprovante de pagamento da taxa DARE . Código Geral de Saúde Pública: 8070 . Código do tributo: 201 – Farmácias e drogarias. Site www.sefaz.rr.gov.br .	
07	Cópia do cartão CNPJ da empresa (impresso no ano corrente).	
08	Cópia do Alvará de Funcionamento municipal , em caso de renovação.	
09	Relação de serviços terceirizados: assinada pelo proprietário, apresentando Razão Social e CNPJ da empresa contratada (nome e CPF, se pessoa física) e o tipo de serviço prestado (modelo disponibilizado pelo DVS).	
10	Cópia de Certidão de Responsabilidade Técnica emitido pelo CRF-RR, com data vigente.	
11	Cópia da Carteira do CRF/RR , do RT e de outros farmacêuticos (se houver).	
12	Cópia de Publicação (páginas onde constam Resolução que concede e nome da empresa) da AFE (Drogarias e Farmácias) e AE (Farmácias) , em caso de primeira renovação ou se houver alteração.	
13	Declaração de que não comercializará produtos controlados, sujeitos Portaria 344/1998 , caso se aplique ao estabelecimento, datada, assinada e carimbada pelo Responsável Técnico e/ou Proprietário/Responsável Legal.	

IMPORTANTE:

- Entregar a documentação e/ou cópias legíveis (**trazer originais para conferência**), datadas e assinadas, **na sequência descrita acima**. Somente serão aceitos Requerimentos com a **documentação anexa completa**.
- Durante o processo de licenciamento poderá ser solicitada a entrega de outros documentos/cópias para anexar ao processo ou para avaliação dos técnicos da área, através de Notificação/Relatório. Neste caso, entregar Requerimento Padrão do DVS, marcar a opção **"Outros"** e escrever "entrega de documentos solicitados...".
- Durante a ação fiscalizadora será solicitada a apresentação de documentos, de acordo com a legislação sanitária pertinente. Ex.: Manual POP, PGRSS, cartão de vacinação atualizado de profissionais e funcionários, registros de manutenção de controle de climatização, contrato com empresa terceirizada de coleta de medicamentos vencidos e resíduos contaminantes e contrato com empresa de manutenção em climatização, certificado de controle de pragas e vetores emitido por empresa licenciada, entre outros requisitos da legislação vigente.
- Sugerimos consultar a Portaria 344/1998, caso comercialize medicamentos sujeitos à referida Portaria, e RDC 471/2021, para a comercialização de antimicrobianos.

Recebido por _____ (servidor DVS).

_____-RR, ____/____/_____.
(município e data)



**- RELAÇÃO DE PRODUTOS COMERCIALIZADOS E SERVIÇOS OFERECIDOS -
- DROGARIAS (Medicamento pronto) -**

CNPJ: _____ Matriz. Filial.
Razão social: _____
Nome fantasia: _____
Endereço: _____
Bairro: _____, Município: _____, CEP: _____-_____
Representante Legal/Proprietário(a): _____, CPF: _____-_____
Responsável Técnico - RT: _____, CRF/RR nº: _____

CLASSIFICAÇÃO NACIONAL DE ATIVIDADES ECONÔMICAS - CNAE

- 4771-7/01 Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas.
 4771-7/03 Comércio varejista de produtos farmacêuticos homeopáticos.
 4772-5/00 Comércio varejista de cosméticos, produtos de perfumaria e de higiene pessoal.

COMERCIALIZAÇÃO

- Medicamentos de venda livre.
 Antimicrobianos.
 Medicamentos sujeitos a controle especial – Port.344/98.
 Cosméticos, perfumes, produtos de higiene pessoal.
 Alimentos permitidos.

SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

- Atenção farmacêutica.
 Atenção farmacêutica domiciliar.
 Aferição de parâmetros fisiológicos (pressão arterial e temperatura corporal).
 Aferição de parâmetro bioquímicos (glicemia capilar).
 Administração de medicamento através de inalação / nebulização.
 Aplicação de medicamentos injetáveis.
 Perfuração de lóbulo auricular para colocação de brinco.
 Armazenamento e aplicação de vacinas.

Comprometo-me enquanto for Responsável Técnico pelo estabelecimento acima citado, observar rigorosamente todas as normas legais em vigor, zelando pelo fiel cumprimento das mesmas, bem como ao desligar-me ou afastar-me temporariamente, do citado estabelecimento comunicarei, imediatamente após obter o documento de baixa de RT junto ao CRF-RR, a este Órgão, e caso o mesmo comercialize medicamentos controlados cumprirei o disposto no art.113 da Instrução Normativa da Portaria 344 /98 MS, "in verbis":

"Art. 113 – Para se desligar da Responsabilidade Técnica, o farmacêutico deve apresentar à Autoridade Sanitária um levantamento de estoque das substâncias e dos medicamentos que as contenham constantes das listas da Portaria 344/98/MS e de suas atualizações até seu último dia de trabalho naquele estabelecimento."

Assinatura e carimbo do (a) Responsável Técnico (a)

_____-RR, ____/____/_____
(município e data)



RAZÃO SOCIAL/PESSOA FÍSICA:	
NOME FANTASIA:	
CNPJ:	
ENDEREÇO:	
PROPRIETÁRIO(A):	
RG:	CPF:

RELAÇÃO DE SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

ORD	EMPRESA / PESSOA FÍSICA	CNPJ	SERVIÇOS REALIZADO
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Importante: Relacionar as empresas que realizam algum serviço terceirizado na empresa e especificar o serviço realizado por elas.

Assinatura do(a) Proprietário(a) ou Procurador(a)

_____-RR, ____/____/_____
(município e data)



RAZÃO SOCIAL/ PESSOA FÍSICA:	
NOME FANTASIA:	
CNPJ:	
ENDEREÇO:	
PROPRIETÁRIO(A)/REPRESENTANTE LEGAL:	
RG:	CPF:
RESPONSÁVEL TÉCNICO(A):	
CRF/RR:	

DECLARAÇÃO

Declaro perante ao Departamento Estadual de Vigilância Sanitária de Roraima, para fins de licenciamento sanitário, que neste estabelecimento, NÃO serão comercializados produtos controlados pela Portaria nº 344/1998.

Assinatura do(a) Proprietário(a)/Representante Legal

e/ou

Assinatura e carimbo do(a) Responsável Técnico(a)

_____-RR, ____/____/_____
(município e data)