



SES  
Secretaria de Estado  
da Saúde



Superintendência de Vigilância em Saúde  
Gerência de Vigilância Sanitária de Produtos e Serviços de Saúde  
Coordenação de Fiscalização do Comércio de Medicamentos e Produtos Controlados

## DECLARAÇÃO

Eu \_\_\_\_\_, Responsável Técnico pelo estabelecimento \_\_\_\_\_ inscrito no CNPJ: \_\_\_\_\_, endereço \_\_\_\_\_ município: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ declaro que este estabelecimento possui **todos os Procedimentos Operacionais Padrão** elaborados e implementados conforme preconizado na Resolução RDC nº 44/2009.

E que possuo condições técnicas e operacionais para prestar os seguintes Serviços farmacêuticos:

- Aplicação de Injetáveis
- Aferição de Pressão Arterial
- Dosagem de Glicemia Capilar
- Aferição de Temperatura Corporal
- Perfuração de Lóbulo Auricular
- Não se Aplica (não realizará nenhum serviço farmacêutico)

Declaro ainda que esta informação é autêntica e estou ciente que a não disponibilização destes documentos durante uma inspeção sanitária, implicará na aplicação das penalidades cabíveis, conforme Lei Estadual nº 16.140/2007, incluindo cancelamento do Alvará Sanitário.

Data:

\_\_\_\_\_  
Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Responsável Técnico