



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

LICENCIAMENTO SANITÁRIO – ALTERAÇÃO DE RT / RAZÃO SOCIAL

RAZÃO SOCIAL: _____

CNPJ: ____ . ____ . ____ / ____ - ____ MUNICÍPIO: _____

FARMÁCIA HOSPITALAR

1- Apresentar os seguintes documentos **ATUALIZADOS**:

- Contrato Social ou ata de constituição registrada na junta comercial e suas alterações
- Cartão do CNPJ
- Comprovante de endereço do estabelecimento
- Comprovante de registro de resp. Técnica do profissional legalmente habilitado junto ao conselho de classe
- Requerimento de Responsabilidade Técnica do profissional legalmente habilitado junto ao conselho de classe
- Contrato de trabalho do Responsável Técnico com o estabelecimento ou Portaria de Responsabilidade Técnica assinada pelo Prefeito ou Secretário no caso Hospital público
- Certificado do Corpo de Bombeiros
- Declaração de elaboração e implementação de PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde, conforme RDC nº 222/2018, modelo no site: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/alvara-sanitario>
- Declaração de elaboração e implementação de POP – Procedimentos Operacionais Padrão (POP), modelo no site: <https://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/alvara-sanitario>

2- Somente para Alteração de Responsabilidade Técnica:

- Relação de estoque de medicamentos controlados atualizada de acordo com o estoque físico assinada e datada pelo novo RT
- Três Livros de Registro Específicos ou Declaração de atualização da escrituração assinada pelo Responsável pela escrituração com firma reconhecida

* Poderá ser realizada posterior Inspeção Sanitária, a critério da Autoridade Sanitária, conforme inciso II do Art. 118 da Lei Estadual nº. 16.140/2007;

*Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos. Documentos com data de validade expirada não serão aceitos e o requerimento indeferido.

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____ DATA: ____ / ____ / ____

Atualizado em 13/01/2022