



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 – ABERTURA / ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

RAZÃO SOCIAL: _____

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

FARMÁCIA BÁSICA

* **Apresentar os seguintes documentos ATUALIZADOS:**

- Projeto arquitetônico com ART, aprovado pela SUVISA
- Comprovante de endereço do estabelecimento
- Comprovante de registro de resp. 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
- Requerimento de Responsabilidade Técnica e Termo de Compromisso emitido pelo CRF
- 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.go.gov.br/vigilancia-em-saude/alvara-sanitario>
- Declaração de elaboração e implementação de POP – Procedimentos Operacionais Padrão (POP), modelo no site: <https://www.saude.go.gov.br/vigilancia-em-saude/alvara-sanitario>

Somente para ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO:

- Relação de estoque atualizado de acordo com o estoque físico em duas vias
- Livros de Registro Específico (Portaria nº344/98) atualizados

Somente para ABERTURA:

- Livros de Registro Específico para abertura

*** Será realizada inspeção sanitária nas instalações e equipamentos com o fim de autorizar a abertura do estabelecimento e liberação do Alvará Sanitário* Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos. Documentos com data de validade expirada não serão aceitos e o requerimento indeferido.**

*** Plano de Gerenciamento de Resíduos (PGRSS) e os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) serão analisados e verificados a aplicabilidade no momento da inspeção; podendo também ser solicitado por fiscal sanitário para inspeção documental.**

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____ DATA: ____ / ____ / ____