



Superintendência de Vigilância em Saúde

LICENCIAMENTO SANITÁRIO - RENOVAÇÃO

RAZÃO SOCIAL: _____

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

MANIPULAÇÃO

COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS COM MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS

* **Apresentar os seguintes documentos ATUALIZADOS:**

- () Cartão do CNPJ
- () Comprovante de endereço
- () Comprovante de registro de resp. técnica do profissional legalmente habilitado junto ao conselho de classe
- () Certificado do Corpo de Bombeiros
- () Autorização de funcionamento de empresa (AFE) e no caso de manipulação de produtos controlados Autorização especial (AE) publicadas no site da ANVISA/ Diário Oficial da União
- () Apresentação do Certificado de Transmissão Regular SNGPC caso dispense controlados e/ou antimicrobianos

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

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____ DATA: ____ / ____ / ____