

## DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES DE DROGARIAS

Eu, \_\_\_\_\_,  
farmacêutico (a) inscrito no CRF-GO sob o número \_\_\_\_\_ responsável técnico (a) pela  
empresa \_\_\_\_\_,  
inscrita no CNPJ \_\_\_\_\_, localizada à  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
venho através deste solicitar Licença Sanitária do estabelecimento acima especificado para as  
atividades de:

- ( ) Comércio varejista de medicamentos;
- ( ) Comércio varejista de medicamentos sob controle especial;
- ( ) Comércio varejista de antimicrobianos;
- ( ) Aplicação de injetáveis;
- ( ) Aferição de pressão arterial;
- ( ) Dosagem de Glicemia;
- ( ) Perfuração de Lóbulo auricular;
- ( ) Aferição de Temperatura Corporal;
- ( ) Outros \_\_\_\_\_.

Declaro que a empresa possui condições técnicas para o desenvolvimento das atividades acima  
pleiteadas conforme previsto nas legislações específicas, estando ciente que o descumprimento  
das disposições contidas nas referidas legislações, constitui infração sanitária nos termos da Lei  
Estadual nº 16.140/2007.

\_\_\_\_\_ (GO), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do RT)

Nome do RT / CRF