



PREFEITURA MUNICIPAL DE RONDINHA
SECRETARIA DE SAÚDE - VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ANEXO II
REQUERIMENTO PARA INSPEÇÃO EM DROGARIAS

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Razão Social:		
Nome Fantasia:	CNPJ:	
Endereço:	CEP:	
Cidade: RONDINHA - RS	Inscrição Municipal:	
E-mail:	Telefone:	
N.º. da Autorização de Funcionamento (AFE):	Validade da Desinsetização:	
Validade do Alvará dos Bombeiros:	Possui ar condicionado?	Possui caixa d'agua?
Responsável Legal:		
Resp.Técnico-RT:		CRF-RS nº:
Resp.Técnico substituto:		CRF-RS nº:
Resp.Técnico substituto:		CRF-RS nº:
Horários de Funcionamento do Estabelecimento:		
Data de Transmissão – SNGPC:		Data de Entrega do Último BMPO:
Objetivo do Requerimento: () Licença Sanitária Inicial – Alvará Sanitário Inicial () Renovação do Alvará Sanitário () Cancelamento do Alvará Sanitário () Alteração do Alvará Sanitário () OUTROS: _____		Tipo de serviços farmacêuticos que realiza: () Dispensação de medicamentos () Dispensação de medicamentos da Portaria 344/98 () Administração de medicamentos () Dispensação de Retinóides () Medição e monitoramento da temperatura corporal () Medição e monitoramento de pressão arterial () Medição e monitoramento da glicemia capilar () Acompanhamento Farmacoterapêutico () OUTROS: _____ _____ _____

Assinatura do requerente: _____ Data: ____/____/____