

**Superintendência de Vigilância em Saúde
Gabinete
Coordenação de Atendimento ao Público**

**"CHECK-LIST" DE DOCUMENTOS PARA LIBERAÇÃO DE ALVARÁ
SANITÁRIO – RENOVAÇÃO**

RAZÃO SOCIAL/FANTASIA _____

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

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS DE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS

- 1. Verificar a presença RT, RL ou procurador legalmente constituído
- 2. Certidão de Regularidade Técnica emitido pelo CRF-GO atualizado
- 3. Certificado do Corpo de Bombeiros atualizado
- 4. Atualizações contratuais quando houver alterações
- 5. AFE publicado DOU
- 6. AE publicado DOU quando trabalhar com medicamentos controlados

CONFERIDO POR: _____

Recebido/FISCAL: _____ **DATA:** ____ / ____ / ____