

Superintendência de Vigilância em Saúde
Gabinete
Coordenação de Atendimento ao Público

CHEK-LIST PARA RENOVAÇÃO DE DISTRIBUIDORA - FRACIONADORA DE INSUMOS FARMACEUTICOS

RAZÃO SOCIAL/_____

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

DISTRIBUIDORA - FRACIONADORA DE INSUMOS FARMACEUTICOS

*** Apresentar seguintes documentos (cópias autenticadas ou documentos original):**

- Contrato social (Se houver alteração o novo contrato deveria ser apresentado)
- Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ)
- Certidão de Regularidade Técnica do Conselho de Classe
- Autorização de funcionamento especial (AE) publicado D.O.U, quando couber
- Autorização de funcionamento de empresa (AFE) publicado D.O.U
- Certificado do corpo de bombeiros
- Licença ambiental
- Declaração ou certidão de uso e solo
- Comprovante de endereço

***Será realizado inspeção sanitária nas instalações e equipamentos com o fim de autorizar a liberação do Alvará Sanitário.**

Obs.: _____

CONFERIDO

POR: _____

DATA: ____ / ____ / ____