

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES DE FARMÁCIA MANIPULAÇÃO

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 de medicamentos sob controle especial;
- Comércio de antimicrobianos;
- Aplicação de injetáveis;
- Aferição de pressão arterial;
- Dosagem de Glicemia;
- Perfuração de Lóbulo;
- Aferição de Temperatura Corporal;
- Manipulação de Produtos Magistrais;
- Manipulação de Produtos Oficiniais;
- Manipulação de Produtos sob Controle Especial;
- Manipulação de Hormônios;
- Manipulação de Antibióticos;
- Manipulação de Citostáticos;
- Manipulação de Medicamentos Estéreis
- Outros _____.

Declaro que a empresa possui condições técnicas para as atividades acima pleiteadas conforme
previsto nas legislações específicas, estando ciente que o descumprimento das disposições
contidas nas legislações, constitui infração sanitária nos termos da Lei 16.140/2007.

_____ (GO), _____ de _____ de 20____.

(Assinatura do RT)

Nome do RT / CRF