



SECRETARIA
DE ESTADO DA SAÚDE



ESTADO
DE GOIÁS

Superintendência de Vigilância em Saúde

LICENCIAMENTO SANITÁRIO – ABERTURA/ ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO

RAZÃO SOCIAL: _____

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

DROGARIA

COMÉRCIO VAREJISTA DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS

* **Apresentar os seguintes documentos ATUALIZADOS:**

- () Projeto arquitetônico com ART, aprovado pela SUVISA
- () Contrato Social ou ata de constituição registrada na junta comercial e suas alterações
- () Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ)
- () Comprovante de endereço
- () Comprovante de registro de resp. técnica do profissional legalmente habilitado junto ao conselho de classe
- () Requerimento de Responsabilidade Técnica e Termo de Compromisso emitidos pelo CRF
- () Certificado do Corpo de Bombeiros
- () PGRSS – Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde
- () POP – Procedimento Operacional Padrão e Modelo da Declaração de Serviço Farmacêutico para os Serviços a serem autorizados
- () Autorização de Funcionamento da Anvisa (AFE) publicada no Diário Oficial da União (DOU)
- () Declaração de atividades devidamente preenchida e assinada (*Modelo no site da Suvisa*)
- () Certificado de Transmissão Regular do SNGPC (quando se tratar de alteração de endereço)

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

***Antes de apresentar os documentos observar a validade dos mesmos. Documentos com data de validade expirada não serão aceitos**

Obs.: _____

CONFERIDO POR: _____ DATA: ____ / ____ / ____