



## REQUERIMENTO DROGARIAS - DRO

TIPO DE SERVIÇO		SOLICITANTE	
<input type="checkbox"/>	Alvará Sanitário	NOME COMPLETO:	
<input type="checkbox"/>	Alvará para Evento	CONTATO:	
<input type="checkbox"/>	Alvará de Temporada	CONTABILIDADE (SE HOUVER):	
<input type="checkbox"/>	Habite-se		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Funcionamento		
<input type="checkbox"/>	Antecipação de Alvará		
<input type="checkbox"/>	Licença de Transporte		
<input type="checkbox"/>	Antecipação de Licença de Transporte		
<input type="checkbox"/>	Outros		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Responsabilidade Técnica		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Alvará		
<input type="checkbox"/>	Baixa de Licença de Transporte		

TIPO		CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Pessoa Jurídica	<input type="checkbox"/>	Comércio
<input type="checkbox"/>	Pessoa Física	<input type="checkbox"/>	Agropecuário
		<input type="checkbox"/>	Educação
		<input type="checkbox"/>	Farmácias com Manipulação de Fórmulas
		<input type="checkbox"/>	Fabricante e/ou Importador de Produtos para a Saúde
		<input type="checkbox"/>	Saúde (outros cadastros de interesse, não especificados anteriormente)
		<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos
		<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos (Palmito)
		<input type="checkbox"/>	Indústria de Alimentos (Amendoim)
		<input type="checkbox"/>	Indústria (Outros, não especificados anteriormente)
		<input type="checkbox"/>	Assessoria e consultoria técnica na área de engenharia, segurança e medicina do trabalho

DADOS DO ESTABELECIMENTO			
CNPJ:		RAZÃO SOCIAL:	
		NOME FANTASIA:	
ENDEREÇO:	N.	COMPLEMENTO:	BAIRRO:
CEP:	MUNICÍPIO:	TELEFONE:	E-MAIL:

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	
CNAE	ATIVIDADE

RESPONSÁVEL LEGAL	
CPF:	NOME COMPLETO:

RESPONSÁVEL TÉCNICO			
CPF:	NOME COMPLETO:		
FORMAÇÃO:	CONSELHO DE CLASSE:	UF:	NÚMERO:

ITAPEMA/SC, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente



## DOCUMENTOS NECESSÁRIOS DROGARIAS - DRO

CNAE	ATIVIDADE
4771-7/01	Comércio varejista de produtos farmacêuticos, sem manipulação de fórmulas - Drogarias com RPAID- Roteiro Padrão de Autoinspeção em Drogarias INDEFERIDO ou Drogarias com atividade de Prestação de Serviço Farmacêutico de Aplicação de Vacinas independente do resultado do RPAID

GRAU DE RISCO	ÁREA	PROCESSO
ALTO	Produtos e Serviços de Saúde	

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	
	Requerimento devidamente preenchido e assinado pelo representante legal
	Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ atualizado (emitido nos últimos 30 dias)
	Contrato Social <b>OU</b> Requerimento do Empresário Individual <b>OU</b> Certificado do MEI
	Viabilidade de funcionamento <b>OU</b> Alvará de localização e funcionamento
	Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros <b>OU</b> Isenção de Atestado <b>OU</b> Protocolo
	Certificado de regularidade da empresa junto ao conselho de classe competente
	Certidão de registro do Responsável Técnico junto ao conselho de classe competente
	Cópia do contrato com a empresa responsável pela coleta de lixo
	Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde-PGRSS elaborado no site da DIVS/SC
	Cópia da última MTR (Manifesto do transporte de resíduos)
	Certificado de limpeza e desinfecção do reservatório d'água <b>OU</b> Declaração de que não possui
	Certificado de Controle de pragas - desinsetização/desratização (empresa com registro na VISA Itapema)
	Manual de Procedimentos Operacionais Padronizados - POPs (descrevendo os procedimentos detalhadamente)
	Preenchimento no RPAID
	Certidão de inscrição no Sistema Nacional de Gerenciamento de Produtos Controlados (SNGPC) para escrituração do comércio dos medicamentos sujeitos a controle especial.
	Nota fiscal dos equipamentos se novo <b>OU</b> Laudo de calibração dos equipamentos antigos
	Laudo de manutenção do ar condicionado
	Declaração de recursos humanos (número de pessoas, nome completo, CPF, número de registro no conselho se houver, categoria profissional e atividade);
	Livro de registro de aplicação de injetáveis – Portaria nº328/99, e respectiva taxa de autenticação Contendo: - Data - Paciente - Endereço - Nome do medicamento, concentração, via, administração, lote, data de validade e fabricante. - Nome do Médico prescritor com respectivo CRM - Nome e assinatura do responsável pela aplicação
	Comprovante de situação vacinal dos profissionais envolvidos (Hepatite, DT, Triplice viral e Febre Amarela)
	Comprovante de pagamento da Taxa de Vigilância Sanitária (exceto MEI)

**OBSERVAÇÕES:**

<sup>1</sup> Poderão ser exigidos outros documentos durante a inspeção da Autoridade de Vigilância Sanitária.