



REQUERIMENTO FARMÁCIAS - FAR

TIPO DE SERVIÇO	
<input type="checkbox"/>	Alvará Sanitário
<input type="checkbox"/>	Alvará para Evento
<input type="checkbox"/>	Alvará de Temporada
<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

SOLICITANTE	
NOME COMPLETO:	
CONTATO:	
CONTABILIDADE (SE HOUVER):	

NATUREZA DO ALVARÁ	
<input type="checkbox"/>	Estabelecimentos industriais, comerciais e agropecuários
<input type="checkbox"/>	Habitação (Habite-se)
<input type="checkbox"/>	Estabelecimentos de saúde, educação pré-escolas e outros

TIPO	
<input type="checkbox"/>	Pessoa Jurídica
<input type="checkbox"/>	Pessoa Física

CLASSIFICAÇÃO	
<input type="checkbox"/>	Comércio
<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

PORTE	
<input type="checkbox"/>	Micro
<input type="checkbox"/>	Pequeno
<input type="checkbox"/>	Médio
<input type="checkbox"/>	Grande
<input type="checkbox"/>	MEI
<input type="checkbox"/>	DEMAIS

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 FARMÁCIAS - FAR

CNAE	ATIVIDADE
4771-7/02	Comércio varejista de produtos farmacêuticos, com manipulação de fórmulas
4771-7/03	Comércio varejista de produtos farmacêuticos homeopáticos

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 OU Requerimento do Empresário Individual OU Certificado do MEI
	Viabilidade de funcionamento OU Alvará de localização e funcionamento
	Atestado de funcionamento do Corpo de Bombeiros OU Isenção de Atestado OU 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 OU 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)
	Manual de Boas Práticas
	Comprovante do Controle de Qualidade da água e das matérias-primas
	Contrato com as empresas terceirizadas (se houver)
	Alvará Sanitário atualizado das empresas terceirizadas (se houver)
	Nota fiscal dos equipamentos se novo OU 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);
	Comprovante de situação vacinal dos profissionais envolvidos (Hepatite, DT, Triplice viral e Febre Amarela)
	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional – PCMSO
	Laudo Técnico das Condições do Ambiente de Trabalho - LTCAT
	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA
	Solicitação de aprovação de programa informatizado liberado pela VISA competente para escrituração do comércio dos medicamentos sujeitos a controle especial
	Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE – em caso de medicamentos controlados) fornecidas pela ANVISA
	Comprovante de pagamento da Taxa de Vigilância Sanitária (exceto MEI)

OBSERVAÇÕES:

¹ Poderão ser exigidos outros documentos durante a inspeção da Autoridade de Vigilância Sanitária.



ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE ITAPEMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

