

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE DROGAS E MEDICAMENTOS**PETIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS E SERVIÇO DE VACINAÇÃO HUMANA**

O (a) Sr(a). _____ CRF/PA nº _____

responsável técnico pelo estabelecimento _____

_____, CNPJ _____, situado

na _____

ciente da Legislação Sanitária Vigente, vem respeitosamente prestar informações sobre o estabelecimento. Quanto aos serviços abaixo

Serviços Farmacêuticos**1. Empresa que realiza este serviço (renovação), informar o nº do CNES:** _____**2. De acordo com a RDC/ANVISA nº 44 de 2009**☐ Solicito autorização para realização de atenção farmacêutica☐ Pressão arterial.☐ Temperatura corporal.☐ Administração de medicamentos injetáveis;☐ Atenção farmacêutica domiciliar☐ Solicito autorização para realização de perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos**3. De acordo com a RDC/ANVISA nº 786 de 2023**☐ Realização dos EACs serviço tipo 1.

Quais: _____

4. Serviços de vacinação humana (de acordo com a RDC/anvisa nº 197 de 2017)☐ Empresa solicita autorização para início da realização deste serviço☐ Empresa não realiza este serviço**5. () Informo que não será realizado nenhum dos serviços farmacêuticos acima descritos**

Obs: Os serviços somente poderão ser realizados após análise, e manifestação e deferimento deste Departamento de Vigilância Sanitária.

Belém, ____/____/____

Responsável Técnico