

AÇÃO DE SERVIÇO DE SAÚDE

1. REQUERIMENTO PADRONIZADO DO DEVISA/SESMA, PREENCHIDO E ASSINADO PELO RESPONSÁVEL;
2. OFÍCIO (PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA) CONTENDO:
 - ✓ DATA DA AÇÃO;
 - ✓ LOCAL DA AÇÃO;
 - ✓ HORÁRIO DA AÇÃO;
 - ✓ RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE EXECUTARÃO A AÇÃO (NOME E REGISTRO NO CONSELHO DE CLASSE);
3. CÓPIA DA LICENÇA DE FUNCIONAMENTO CONTENDO O SERVIÇO FARMACÊUTICO;

OBS:

- PRAZO DE ENTRADA EM 07 DIAS ÚTEIS DA DATA DE REALIZAÇÃO DA AÇÃO;
- APÓS ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO, O AUTORIZO EMITIDO DEVERÁ SER RETIRADO, FISICAMENTE, NO DVSDM/DEVISA