

PETIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS E SERVIÇO DE VACINAÇÃO HUMANA

O (a) Sr(a). _____ CRF 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

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

DE ACORDO COM A RDC/ANVISA Nº 786 DE 2023

- REALIZAÇÃO DOS EACs SERVIÇO TIPO 1.

Quais:

SERVIÇOS DE VACINAÇÃO HUMANA (de acordo com a RDC/ANVISA nº 197 de 2017)

- EMPRESA SOLICITA AUTORIZAÇÃO PARA INÍCIO DA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO
- EMPRESA NÃO REALIZA O SERVIÇO
- EMPRESA REALIZA O SERVIÇO (RENOVAÇÃO). CNES Nº: _____
- INFORMO QUE NÃO SERÁ REALIZADO NENHUM DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS ACIMA DESCRITOS

Obs: Os serviços somente poderão ser realizados após análise e manifestação e deferimento da Vigilância Sanitária

Belém, ____/____/____

Responsável Técnico