



PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA



DADOS DA EMPRESA

Razão Social:			
Endereço:		Nº	Complemento:
Bairro:	Cidade:		CEP.:
Fone:	CNPJ:		

DECLARAÇÃO

1. Declaro que assumo a total responsabilidade pela veracidade das informações aqui prestadas.
2. Devo comunicar à Vigilância Sanitária formalmente, de imediato e por escrito, quando do acréscimo de alguma atividade.
3. Declaro nos termos da legislação vigente, que realizamos no estabelecimento acima referido as seguintes atividades:

1.	Aplicação de Injetáveis:	SIM	NÃO
2.	Venda de medicamentos sujeitos a controle especial:	SIM	NÃO
3.	Venda de Antimicrobiano:	SIM	NÃO
4.	Acompanhamento do perfil farmacoterapêutico	SIM	NÃO
5.	Glicemia Capilar:	SIM	NÃO
6.	Aferição de pressão arterial:	SIM	NÃO
7.	Temperatura Corporal:	SIM	NÃO
8.	Atenção Farmacêutica Domiciliar:	SIM	NÃO
9.	Perfuração de lóbulo auricular para colocação de brincos:	SIM	NÃO
10.	Administração de medicamentos:	SIM	NÃO
11.	Delivery:	SIM	NÃO
12.	Dispensação de medicamentos por meio remoto (Telefone)	SIM	NÃO
13.	Dispensação de medicamentos por meio remoto (Fax)	SIM	NÃO
14.	Dispensação de medicamentos por meio remoto (via Postal)	SIM	NÃO
15.	Dispensação de medicamentos por meio remoto (Internet)	SIM	NÃO
16.	Realiza Fracionamento de medicamentos.	SIM	NÃO

DATA E ASSINATURA

_____	_____
Local e Data	Assinatura do Proprietário