



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
SERVIÇO DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS
SEFMED



**REQUERIMENTO DE RELATÓRIO DE INSPEÇÃO CONCLUSIVO PARA PETICIONAMENTO
DE AFE/AE JUNTO À ANVISA**

EMPRESA		
Razão Social:		
Denominação Comercial:		
CNPJ:	Inscrição Municipal:	
Endereço completo:		Compl.:
Telefone:	E-mail:	

Eu, _____, CPF _____,
ocupante do cargo/função _____, solicito a emissão de **Relatório de
Inspeção Conclusivo** para fins de peticionamento junto à Anvisa da:

<input type="checkbox"/> Concessão de Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE)
<input type="checkbox"/> Concessão de Autorização Especial (AE)(*)
<input type="checkbox"/> Alteração de Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) para ampliação de atividades ou classe de produtos
<input type="checkbox"/> Alteração de Autorização Especial (AE) para ampliação de atividades ou classe de produtos(*)
<input type="checkbox"/> Alteração de Autorização de Funcionamento de Empresa (AFE) por motivo de alteração de endereço
<input type="checkbox"/> Alteração de Autorização Especial (AE) por motivo de alteração de endereço(*)

(*) Atividades que envolvem as substâncias sujeitas a controle especial pela Portaria SVS/MS n. 344/1998, bem como dos medicamentos que as contenham.

para as seguintes atividades e classes de produtos:

Atividades (**)
<input type="checkbox"/> Fabricar , armazenar, distribuir, fracionar, embalar, reembalar, expedir e importar para uso próprio
<input type="checkbox"/> Importar , armazenar e expedir
<input type="checkbox"/> Exportar , armazenar e expedir
<input type="checkbox"/> Distribuir , armazenar e expedir
<input type="checkbox"/> Fracionar , armazenar e expedir
<input type="checkbox"/> Armazenar e expedir
<input type="checkbox"/> Transportar
<input type="checkbox"/> Outra:

(**) Atividade principal (em negrito) seguida pelas atividades inerentes a ela.

Classes de produtos
<input type="checkbox"/> Produtos para saúde/Correlatos
<input type="checkbox"/> Cosméticos
<input type="checkbox"/> Perfumes
<input type="checkbox"/> Produtos de higiene
<input type="checkbox"/> Saneantes
<input type="checkbox"/> Insumos farmacêuticos
<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Outros: _____

Campo Grande, ____ de _____ de _____

(Assinatura do requerente)