



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



**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES REALIZADAS NA
FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO**

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

Eu, _____, CRF/MS n. _____,
Responsável Técnico(a) Farmacêutico(a) da empresa supracitada, declaro que a mesma realiza e/ou pretende realizar as seguintes atividades no estabelecimento:

<input type="checkbox"/> GRUPO I – Manipular medicamentos a partir de insumos/matéria-prima, inclusive de origem vegetal
<input type="checkbox"/> GRUPO II – Manipular substâncias de baixo índice terapêutico
<input type="checkbox"/> GRUPO III:
<input type="checkbox"/> Manipular medicamentos antimicrobianos
<input type="checkbox"/> Manipular medicamentos hormônios
<input type="checkbox"/> Manipular medicamentos citostáticos
<input type="checkbox"/> Manipular medicamentos sujeitos a controle especial da portaria SVS/MS nº 344/1998 – das listas: <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> A3 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 (somente após liberação da 1ª Licença Sanitária fazer requerimento e aguardar publicação em Diário Oficial) e <input type="checkbox"/> C5 <input type="checkbox"/> Matriz <input type="checkbox"/> Filial
<input type="checkbox"/> GRUPO IV – Manipular produtos estéreis
<input type="checkbox"/> GRUPO V – Manipular medicamentos homeopáticos
<input type="checkbox"/> Serviços farmacêuticos:
<input type="checkbox"/> Atenção farmacêutica domiciliar
<input type="checkbox"/> Aferição de parâmetro fisiológico (pressão arterial)
<input type="checkbox"/> Aferição de parâmetros fisiológicos (temperatura corporal)
<input type="checkbox"/> Administração de medicamentos (aplicação de injetáveis)
<input type="checkbox"/> Perfuração do lóbulo auricular para colocação de brincos
<input type="checkbox"/> Vacinação
<input type="checkbox"/> Exames de Análises Clínicas (EAC) – Anexar relação de exames a serem realizados
<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Fracionamento de medicamentos (Resolução – RDC n. 80/2006)
<input type="checkbox"/> Entrega de medicamento em domicílio.

Campo Grande, ____ de _____ de _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO

REPRESENTANTE LEGAL