



DECLARAÇÃO DE TRANSPORTE DE PRODUTOS SUJEITOS À VIGILÂNCIA SANITÁRIA

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

Eu, _____, CPF _____,
ocupante do cargo/função _____, declaro que a empresa acima qualificada:

1. () transporta as seguintes classes de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária:

- Medicamentos
- Medicamentos termolábeis
- Gases Medicinais
- Insumos farmacêuticos
- Medicamentos sujeitos a controle especial
- Cosméticos, perfumes e produtos de higiene pessoal
- Produtos de higiene pessoal
- Produtos para saúde/correlatos
- Máquinas, aparelhos e equipamentos para uso odonto-médico-hospitalar; partes e peças
- Saneantes (produtos de higiene e limpeza)
- Produtos alimentícios não perecíveis
- Produtos alimentícios perecíveis
- Material biológico humano para análise laboratorial
- Outros (especificar) _____

2. () transporta para o comércio atacadista.

3. () transporta do varejo para o consumidor final. (Dispensado pela RDC n. 860 de 06/05/24)

4. () não transporta quaisquer produtos sujeitos à vigilância sanitária.

Campo Grande, ____ de _____ de _____

(Assinatura)