



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



**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)