



DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES REALIZADAS NA DROGARIA

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

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

- | |
|---|
| () Dispensação de medicamentos sujeitos a controle especial da Portaria SVS/MS n. 344/1998 – Listas: () A1 () A2 () A3 () B1 () B2 () C1 () C2 () C5 |
| () Dispensação de medicamentos antimicrobianos |
| () Dispensação de medicamentos agonistas do receptor do peptídeo-1 semelhante ao glucagon (GLP-1) |
| () Dispensação de medicamentos termolábeis |
| () Prestação de serviços farmacêuticos |
| () Atenção farmacêutica domiciliar |
| () Aferição de parâmetro fisiológico (pressão arterial) |
| () Aferição de parâmetros fisiológicos (temperatura corporal) |
| () Administração de medicamentos (aplicação de injetáveis) |
| () Perfuração do lóbulo auricular para colocação de brincos |
| () Vacinação (Resolução – RDC n. 197/2017) |
| () Exames de Análises Clínicas (EAC) – Anexar relação de exames a serem realizados |
| () Outro: |
| () Fracionamento de medicamentos (Resolução – RDC n. 80/2006) |
| () Entrega de medicamento em domicílio. |

Campo Grande, ____ de _____ de _____

Responsável Técnico

Representante Legal