**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE POSTO DE MEDICAMENTO**

Sr. (a) Presidente do CRF/AL,

O representante legal pelo **ESTABELECIMENTO**:

|  |  |
| --- | --- |
| Razão Social: |  |
| Nome Fantasia: | CNPJ: |
| Endereço: |
| Bairro: | CEP: |
| Município: | Fone: |
| Proprietário: | CPF: |
| RG: | Órgão Expedidor: |
| E-mail: | Fone: |

Que declara o seguinte Horário de Funcionamento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Segunda-feira a Sexta-feira: | Sábado: | Domingo: |
| das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h edas \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h edas \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h edas \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |

Vem REQUERER a V. Sa. o registro de Posto de Medicamentos e DECLARA para os devidos fins, perante o Conselho Regional do Estado de Alagoas, que tem conhecimento das normas que regem o registro, abertura e funcionamento de Postos de Medicamentos e DECLARA ainda estar ciente de que, caso seja registrada, farmácia ou drogaria na mesma localidade, efetivará imediatamente a contratação de farmacêutico e a consequente homologação da Responsabilidade Técnica junto ao CRF/AL e autoridades sanitárias.

Por ser verdade, firmo o presente, estando ciente das responsabilidades civis e penais nos termos da legislação vigente.

**Nestes termos, pede deferimento.**

Maceió, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

Assinatura do Proprietário:

*Válido somente com firma reconhecida em cartório*

**DECLARAÇÃO DO FARMACÊUTICO**

Eu, Farmacêutico:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CRF/AL: |
| Endereço: | Cidade: |
| CPF: | RG: |
| Email: |

Legalmente inscrito e em pleno gozo dos seus direitos, DECLARO, para fins de instrução de processo de registro, abertura e funcionamento de Posto de Medicamentos junto ao CRF/AL e atendimento ao art. 154 da Lei Estadual 4.406/82, que o(a) Sr.(a):

|  |
| --- |
| Nome: |
| Endereço: | Cidade: |
| CPF: | RG: |

É pessoa idônea, de boa conduta social e possui capacidade necessária para proceder à dispensação de produtos farmacêuticos.

Por ser verdade, firmo o presente, estando ciente das responsabilidades civis e penais, respondendo solidariamente em processos decorrentes das atividades relativas à dispensação de medicamentos, nos termos da legislação vigente.

Maceió, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura Farmacêutico:

**DECLARAÇÃO PARA VIGILÂNCIA SANITÁRIA**

 A Coordenação de Vigilância Sanitária do município de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado de Alagoas, para fins de instrução de processo de registro, abertura e funcionamento de Posto de Medicamentos junto ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de Alagoas – CRF/AL, DECLARA para os devidos fins que a localidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, deste município, não possui farmácia ou drogaria registradas num raio inferior a 03 (três) Km de distância, podendo se instalar, portanto, o Posto de Medicamentos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de propriedade do(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, observado que o mesmo atende aos critérios estabelecidos nas Leis 5.991/73 e 4.406/82.

DECLARO ainda que na referida localidade:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Não existe Posto de Medicamentos registrado; |
|  | Não existe Unidade Volante registrada; |
|  | Outra situação: |

Por ser verdade, firmo a presente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

Assinatura Coord. VISA:

*Válida somente em papel timbrado e com carimbo da Coordenação da VISA*