



## PETIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS E SERVIÇO DE VACINAÇÃO HUMANA

O (a) Sr(a). \_\_\_\_\_ CRF nº \_\_\_\_\_  
responsável técnico pelo estabelecimento \_\_\_\_\_  
CNPJ \_\_\_\_\_, situado na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ciente da Legislação Sanitária Vigente, vem respeitosamente prestar informações sobre o estabelecimento. Quanto aos serviços abaixo

### **SERVIÇOS FARMACÊUTICOS ( de acordo com a RDC/ANVISA nº 44 de 2009)**

- SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA
  - AFERIÇÃO DE PARÂMETROS FISIOLÓGICOS:
    - PRESSÃO ARTERIAL.
    - TEMPERATURA CORPORAL.
  - AFERIÇÃO DE PARÂMETROS BIOQUÍMICOS: GLICEMIA CAPILAR (POR MEIO DE AUTO-TESTE)
  - ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS;
  - ATENÇÃO FARMACÊUTICA DOMICILIAR
- SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PERFURAÇÃO DE LÓBULO AURICULAR PARA COLOCAÇÃO DE BRINCOS
- INFORMO QUE NÃO SERÁ REALIZADO NENHUM DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS ACIMA DESCRITOS**

### **SERVIÇOS DE VACINAÇÃO HUMANA ( de acordo com a RDC/ANVISA nº 197 de 2017)**

- SOLICITO AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE VACINAÇÃO HUMANA
- INFORMO QUE NÃO SERÁ REALIZADO O SERVIÇO DE VACINAÇÃO HUMANA**

Obs: Os serviços somente poderão ser realizados após análise e manifestação e deferimento da Vigilância Sanitária

Belém, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Responsável Técnico**