



**PREFEITURA DE  
GRAVATAÍ**

Rua Benjamin Constant, nº 179, Passo das Pedras  
CEP: 94035-200 - Gravataí/RS  
Fone: (51) 3600-7740  
sms.viems@gravatai.rs.gov.br  
www.gravatai.rs.gov.br

**SMS**  
SECRETARIA MUNICIPAL  
DA SAÚDE

**VIEMSA**  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

## **DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ALTERAÇÃO DE ALVARÁ DE FARMÁCIAS E DROGARIAS**

*Conforme Portaria Estadual nº 358/2016*

### **Alteração de representante legal**

1. Cópia do Alvará Sanitário do ano em exercício;
2. Cópia do Contrato Social ou Ata de Constituição Registrada na Junta Comercial e suas alterações;
3. Requerimento para alteração de alvará Sanitário preenchido (ANEXO I).

### **Alteração de Responsável Técnico**

1. Cópia da certidão de regularidade emitida pelo Conselho Regional de Farmácia - CRF/RS atualizada para o ano em exercício;
2. Cópia do Alvará Sanitário do ano em exercício;
3. Requerimento para alteração de alvará Sanitário preenchido (ANEXO I).

### **Alteração de endereço**

1. Cópia do Contrato Social ou Ata de Constituição Registrada na Junta Comercial e suas alterações;
2. Cópia do documento de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ, com alterações.
3. Cópia da certidão de regularidade emitida pelo Conselho Regional de Farmácia - CRF/RS atualizada para o ano em exercício;
4. Cópia do Alvará Sanitário do ano em exercício;
5. Cópia do Alvará de Localização;
6. No caso de farmácias, apresentação de declaração de engenheiro civil ou arquiteto, legalmente habilitado pelo CREA/RS ou CAU/RS, de que a farmácia possui um projeto elaborado e está localizada, projetada, construída ou adaptada, com uma infra-estrutura adequada as atividades a serem desenvolvidas com Anotação de responsabilidade Técnica - ART, do CREA/RS ou Registro de Responsabilidade Técnica - RRT do Conselho de Arquitetura e Urbanismo - CAU/RS, de acordo com o item 4 do ANEXO I da Resolução RDC 67/2007 da ANVISA, ou a que vier substituí-la;
7. Cópia do Alvará de Prevenção e Proteção Contra Incêndio atualizado.
8. Requerimento para alteração de alvará de licença preenchido (ANEXO I).

### **Alteração da Razão Social**

1. Cópia do Contrato Social ou Ata de Constituição Registrada na Junta Comercial e suas alterações;
2. Cópia do documento de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ, onde deve constar a descrição das atividades pleiteadas;
3. Cópia da certidão de Regularidade emitida pelo Conselho Regional de Farmácia - CRF/RS, atualizada para o ano em exercício;
4. Cópia do alvará de licença do ano em exercício;
5. Requerimento para alteração de alvará de licença preenchido (ANEXO I).

### **Alteração de Atividades**

1. Cópia do Contrato Social ou Ata de Constituição Registrada na Junta Comercial e suas alterações;
2. Cópia do Documento de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas - CNPJ, onde deve constar a descrição das atividades pleiteadas;
3. Cópia da Certidão de Regularidade emitida pelo Conselho Regional de Farmácia - CRF/RS;
4. Cópia do Alvará Sanitário do ano em exercício;
5. Requerimento para alteração de alvará de licença preenchido (ANEXO I).

Revisado em Dezembro/2019



Rua Benjamin Constant, nº 179, Passo das Pedras  
CEP: 94035-200 - Gravataí/RS  
Fone: (51) 3600-7740  
sms.viems@gravatai.rs.gov.br  
www.gravatai.rs.gov.br

**SMS**  
SECRETARIA MUNICIPAL  
DA SAÚDE

**VIEMSA**  
VIGILÂNCIA EM SAÚDE

**ANEXO - REQUERIMENTO PADRÃO PARA DROGARIAS E FARMÁCIAS:**

O estabelecimento (razão social):

Ramo da atividade: ( ) **Drogaria** ( ) **Farmácia**

Nome fantasia:

Endereço (Rua, Bairro, nº, Município/UF, CEP):

Telefone:

CNPJ:

E-mail:

Responsável Técnico:

CRF nº:

Responsável Legal:

RG/ CPF:

**VEM REQUERER:**

- ( ) Alvará de Licença Inicial
- ( ) Renovação de Alvará de Licença
- ( ) Cancelamento de Alvará de Licença
- ( ) Alteração de Alvará de Licença

**Grupos de atividades desenvolvidas pela FARMÁCIA:**

- ( ) GRUPO I - Manipulação de medicamentos a partir de insumos/matérias primas, inclusive de origem vegetal.
- ( ) GRUPO II - Manipulação de substâncias de baixo índice terapêutico.
- ( ) GRUPO III - Manipulação de antibióticos, hormônios, citostáticos e substâncias sujeitas a controle especial (especificar quais): \_\_\_\_\_.
- ( ) GRUPO IV - Manipulação de produtos estéreis.
- ( ) GRUPO V - Manipulação de medicamentos homeopáticos.
- ( ) GRUPO VI - Manipulação de doses unitárias e unitarização de dose de medicamentos em serviços de saúde.

**Serviços farmacêuticos prestados:**

- ( ) Aplicação de injetáveis
- ( ) Perfuração de lóbulo auricular
- ( ) Fracionamento de medicamentos
- ( ) Atenção farmacêutica domiciliar
- ( ) Aferição de parâmetros
- ( ) Administração de medicamentos

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Legal