

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA**

Secretaria Municipal de Saúde
Superintendência de Vigilância em Saúde
Gerência de Vigilância Sanitária

FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO EXTRAORDINÁRIA PARA EXECUÇÃO DE TESTES RÁPIDOS (ENSAIOS IMUNOCROMATOGRAFICOS) PARA A COVID-19 EM FARMÁCIAS DURANTE O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DE COVID-19

1 - REQUERIMENTO		
Autorização para execução de testes rápidos Covid-19 fora de ambiente laboratorial – farmácia com manipulação de fórmulas		
Autorização para execução de testes rápidos Covid-19 fora de ambiente laboratorial – farmácia sem manipulação de fórmulas		
2 - IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE		
Razão social (<i>pessoa física</i>) ou nome (<i>pessoa física</i>):		
Nome Fantasia:		
Rua, Avenida, etc:	Nº:	Bairro:
CEP:	Telefone: (<i>Contato com a empresa</i>)	E-mail (<i>Contato com a empresa</i>):
Ponto de Referência:		
Responsável Legal:		CPF:
Responsável Técnico:		Reg. Conselho de Classe:
2 - OBJETO DA SOLICITAÇÃO		
CNPJ ou CPF:		Insc. Municipal:
CNAE	Atividade Econômica (<i>Preencher apenas as atividades de interesse a saúde que são exercidas e/ou que pretende exercer</i>)	
Características da (s) Atividade (s) (<i>Informar os serviços farmacêuticos para os quais está o estabelecimento licenciado</i>)		
Informações Básicas para Enquadramento		
Área do Estabelecimento (m²):		
Horário de Funcionamento do estabelecimento:		
Dias de Funcionamento:		
Horários em que será ofertado o serviço requerido:		
Dias em que será ofertado o serviço:		
Número do Alvará Sanitário e vigência:		

3- IDENTIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS FARMACÊUTICO(S) RESPONSÁVEL(IS) PELA EXECUÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Nome:	CRF/ES n.º:
Nome:	CRF/ES n.º:
Nome:	CRF/ES n.º:
Nome:	CRF/ES n.º:
Nome:	CRF/ES n.º:
Nome:	CRF/ES n.º:

4- RELAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA EM ANEXO:

- ☐ Cópias dos comprovantes de treinamento específico para a atividade, conforme previsto na RDC 377/2020, dos farmacêuticos relacionados no item 3.
- ☐ Documento que apresente o fluxo definido para atendimento dos pacientes/cliente a serem submetidos a este serviço.
- ☐ Procedimento escrito orientando a limpeza e desinfecção de superfícies, pisos e outros objetos utilizados durante a prestação do serviço, contendo descrição das etapas do processo, desinfetantes utilizados e frequência de realização do procedimento.
- ☐ Cópia de material escrito elaborado para esclarecimento ao paciente/cliente sobre os resultados obtidos.

5- DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Por este instrumento particular de declaração, eu, _____, portador da carteira de identidade nº. _____ e CPF nº. _____, residente e domiciliado à Rua (Av.) _____, nº. _____, complemento _____, Bairro _____, Cidade _____/ES, CEP: _____, declaro que tenho ciência de de que esta atividade, se permitida, ocorrerá de modo temporário e extraordinário, conforme a Resolução ANVISA n.º377/2020 e assume a responsabilidade de somente prestar o serviço em consonância com as orientações desta Gerência de Vigilância Sanitária e demais órgãos competentes, visando a proteção da saúde de todos os envolvidos no processo.

DECLARO idoneamente sob as penas da lei (Código penal, art. 299 – Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: pena de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos, e multa, se documento é particular) que as informações contidas no presente requerimento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, para quaisquer comprovações junto a Gerência de Vigilância Sanitária do município de Serra.

Local e Data	<u>Serra</u> , ____/____/____	Assinatura do requerente/Procurador (Anexar procuração)	CPF: _____
--------------	-------------------------------	---	------------