



PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

REQUERIMENTO

RELATÓRIO DE INSPEÇÃO PARA FINS DE AFE / AE / CBPDA

IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA

RAZÃO SOCIAL:

NOME DE FANTASIA:

CNPJ:

ENDEREÇO:

N.º :

Complemento:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

CEP:

TELEFONE:

E-MAIL:

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

SOLICITAÇÃO DE RELATÓRIO DE INSPEÇÃO PARA FINS DE:

(Assinalar itens pertinentes)

TIPO DE PETIÇÃO *(solicitação AFE ou CBPDA)*

- CONCESSÃO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA – AFE
 ALTERAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA – AFE
 CERTIFICADO DE BOAS PRÁTICAS DE DISTRIBUIÇÃO E ARMAZENAMENTO
CBPDA

ATIVIDADE(S)

(solicitação AFE ou CBPDA)

- FABRICAR
 DISTRIBUIR
 ARMAZENAR/EXPEDIR
 IMPORTAR
 EXPORTAR
 TRANSPORTAR
 OUTRO:

TIPO DE PETIÇÃO *(solicitação AE)*

- CONCESSÃO DE AUTORIZAÇÃO ESPECIAL – AE
 ALTERAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO ESPECIAL – AE

ESTABELECIMENTO

(solicitação AE)

- DISTRIBUIDORA
 FARMÁCIA MANIPULAÇÃO
 ARMAZENADORA
 TRANSPORTADORA
 LABORATÓRIO
 OUTRO:

CLASSE DE PRODUTO *(Assinalar classe do produto pertinente à solicitação de AFE ou AE ou CBPDA)*

- MEDICAMENTOS
 MEDICAMENTOS SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL
 PRODUTOS PARA SAÚDE
 SANEANTES E DOMISSANITÁRIOS
 COSMÉTICOS E PRODUTOS DE HIGIENE PESSOAL
 INSUMOS FARMACÊUTICOS
 OUTRAS SUBSTÂNCIAS SUJEITAS A REGIME ESPECIAL DE CONTROLE

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

Cópia da Certidão de Regularidade Técnica do Responsável Técnico, emitido pelo respectivo Conselho de Classe Profissional.

Cópia do Alvará de Funcionamento vigente, emitido pela Prefeitura de Curitiba, contemplando a atividade pleiteada.

Para CBPDA também informar o protocolo de Peticionamento junto à Anvisa.

Obs: Solicitações relativas à atividade de **fabricação de medicamentos e/ou insumos farmacêuticos** devem ser requeridas junto à 2ª Regional de Saúde da Secretaria Estadual da Saúde: Av. Marechal Floriano Peixoto, 250, Centro - (41) 3235-6759

REQUERIMENTO DEVE ESTAR PREENCHIDO E ASSINADO PELO REPRESENTANTE LEGAL E/OU RESPONSÁVEL TÉCNICO.

DADOS DO REQUERENTE (REPRESENTANTE LEGAL OU RESPONSÁVEL TÉCNICO)

(Nome completo do Representante Legal)	(CPF)
(Nome completo do Responsável Técnico)	(Sigla e nº inscrição Conselho Profissional)
Data:/...../.....	
_____ ASSINATURA DO REQUERENTE	

Obs.: Documento válido se preenchido de forma completa, legível, sem rasuras e assinado pelo requerente.