São José dos Pinhais PREFEITURA DA CIDADE Secretaria de Saúde	**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS** **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE VIGILÂNCIA SANITÁRIA** **DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

DECLARAÇÃO DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS - PORTARIA SVS/MS 344/98

Declaramos para os devidos fins junto à Divisão de Vigilância Sanitária e a quem interessar possa, que a empresa:_____

C.N.P.J:_____, sito à _____

Nº_____,Bairro:_____CEP:_____

em São José dos Pinhais, registrada no Departamento Promoção e Vigilância em Saúde, Divisão de

Vigilância Sanitária, cujo responsável técnico é_____

C.R.F/PR Nº._____, R.G.Nº._____, IRÁ DISPENSAR E/OU COMERCIALIZAR MEDICAMENTOS/PRODUTOS PERTENCENTES À PORTARIA FEDERAL SVS/MS Nº. 344/1998 E SUAS ATUALIZAÇÕES DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA VIGENTE E DEMAIS LEGISLAÇÕES REGULAMENTADORAS DOS CITADOS MEDICAMENTOS/PRODUTOS.

Por ser verdade firmamos o presente.

São José dos Pinhais, _____ **de** _____ **de**_____

_____ _____

Representante Legal Farmacêutico (a)

R.G. N°_____ C.R.F./PR n°_____