



Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Vigilância em Saúde/**Divisão de Vigilância Sanitária**

**DECLARAÇÃO DE NÃO DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
PORTARIA SVS/MS 344/98

<b>Empresa</b>	
Razão Social:	
Nome fantasia:	
CNPJ:	Inscrição Municipal/IM:
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Município:	
DECLARA QUE NÃO IRÁ DISPENSAR E/OU COMERCIALIZAR MEDICAMENTOS/PRODUTOS PERTENCENTES À PORTARIA FEDERAL SVS/MS Nº 344/1998 E SUAS ATUALIZAÇÕES.	

Por ser verdade firmamos o presente:

São José dos Pinhais, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do Representante Legal:	
Ass.:	RG:

Nome do Farmacêutico:	
Ass.:	CRF/PR Nº: