



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

## INSTRUTIVO DE PREENCHIMENTO:

### III.4 – COMÉRCIO VAREJISTA PREENCHIMENTO PELO REQUISITANTE

Verifique se o CNAE declarado no Anexo III que acompanha este formulário pertence ao comércio varejista do Agrupamento 21 ou 28 do Subgrupo C, Grupo I, do Anexo I desta Portaria. Em caso afirmativo, preencha as informações deste bloco.

**Nota:** Consulte o Quadro 6 para identificar o Grupo e o Subgrupo e ou Agrupamento ao qual pertence o CNAE declarado no Anexo III.

**20. COMÉRCIO VAREJISTA DE ALIMENTOS** – Em caso de estabelecimento comercial varejista de alimentos (Agrupamento 21), informe:

**A. ATIVIDADES PRÓPRIAS** – Refere-se às atividades realizadas pelo próprio estabelecimento, objeto da solicitação da Licença Sanitária (LS). Neste caso, assinale uma ou mais alternativas abaixo, observando:

**a. TRANSPORTAR** – Assinale esta alternativa quando o estabelecimento comercial varejista dispor de transporte próprio para seus produtos.

**b. ARMAZENAR EM DEPÓSITO FECHADO** – Refere-se somente ao estabelecimento comercial varejista identificado pelo CNAE **4711-3/01** ou **4711-3/02**. Neste caso, assinale esta alternativa quando tratar-se de unidade da empresa, considerada extensão da mesma, que realiza as atividades de armazenamento de produtos próprios, em depósito próprio, que dispõe de instalações, equipamento e recursos humanos próprios para o exercício desta atividade, instalado em endereço diverso do estabelecimento onde se pratica a venda dos produtos.



# SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS  
CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

**21. COMÉRCIO VAREJISTA DE MEDICAMENTOS** – Em caso de estabelecimento comercial varejista de medicamentos (Agrupamentos 28), informe:

**A. ATIVIDADE** – Refere-se às atividades desenvolvidas, segundo o tipo de estabelecimento objeto da solicitação da Licença Sanitária (LS). Assinale apenas um tipo de estabelecimento (“a”, “b” ou “c”), conforme o CNAE declarado no Anexo III, observando:

**a. DROGARIA** – Assinale esta alternativa quando o CNAE declarado no formulário *Anexo III* for **4771-7/01**. Em seguida, assinale somente as atividades desenvolvidas no estabelecimento: *Administrar/aplicar medicamentos*; e ou *Aferir parâmetros fisiológicos (pressão arterial e temperatura corporal)*; e ou *Comercializar por meio remoto*; e ou *Dispensar isotretinoína*; e ou *Dispensar medicamentos sujeitos ao controle especial*; e ou *Fracionar medicamentos*; e ou *Perfurar lóbulo auricular*; e ou *Prestar atenção farmacêutica*; e ou *Prestar atenção farmacêutica domiciliar*.

**b. FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO** – Assinale esta alternativa quando o CNAE declarado no formulário *Anexo III* for o **4771-7/02**. Em seguida, assinale, quando pertinente, as atividades desenvolvidas no estabelecimento: *Administrar/aplicar medicamentos*; e ou *Aferir parâmetros fisiológicos (pressão arterial e temperatura corporal)*; e ou *Comercializar por meio remoto*; e ou *Dispensar isotretinoína*; e ou *Dispensar medicamentos sujeitos ao controle especial*; e ou *Fracionar medicamentos*; e ou *Perfurar lóbulo auricular*; e ou *Prestar atenção farmacêutica*; e ou *Prestar atenção farmacêutica domiciliar*; e ou *Manipular produtos estéreis*; e ou *Manipular substâncias de baixo índice terapêutico*; e ou *Manipular antibióticos, hormônios, citostáticos e substâncias sujeitas ao controle especial*; e ou *Manipular medicamentos a partir de insumos ou matérias-primas, inclusive de origem vegetal*.

**c. FARMÁCIA HOMEOPÁTICA** – Assinale esta alternativa quando o CNAE declarado no formulário *Anexo III* for o **4771-7/03** Comércio Varejista de Produtos Farmacêuticos Homeopáticos. Em seguida, assinale somente as atividades desenvolvidas no estabelecimento: *Manipular medicamentos homeopáticos*; e ou *Ervanaria*; e ou *Comercializar por meio remoto*.

**VISTOS DOS RESPONSÁVEIS LEGAL E TÉCNICOS** – Os responsáveis legais e técnicos declarados no Anexo III, Bloco VI, devem registrar seus vistos neste campo.

**Nota:** Se informada a atividade num destes **itens (20 ou 21)**, **Bloco III.4**, imprima e encaminhe esta folha ao serviço de vigilância sanitária competente, acompanhado da primeira folha deste **Anexo III.3** e do formulário completo **Anexo III**. Todas as folhas preenchidas dos formulários devem estar assinadas pelos responsáveis.