



**REQUERIMENTO SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE TESTES RÁPIDOS PARA COVID-19 EM FARMÁCIAS E DROGARIAS, EM CARÁTER TEMPORÁRIO**

<b>1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO</b>		
Razão Social:		
Nome Fantasia:		
CNPJ:		
Licença Sanitária:	Validade:    /    /	
AFE Nº :		
Endereço:		
Bairro:	Município: Manaus	CEP:
Fone:		
E-mail:		
Farmacêutico Responsável Técnico:		
CRF/AM:	CPF:	
<b>2. VEM REQUERER</b>		
Autorização para realização de testes rápidos (ensaios imunocromatográficos) em farmácias e drogarias para a pesquisa de anticorpos ou antígeno de SARS-CoV-2, em caráter temporário e excepcional.		
<b>3. DESCRIÇÃO DO TIPO DE TESTE RÁPIDO QUE SERÁ REALIZADO NO LOCAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANVISA</b>		

MANAUS-AM, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO