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

|  |
| --- |
| **1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO** |
| Razão Social:  |
| Nome Fantasia:  |
| CNPJ: |
| Licença Sanitária: Validade: / / |
| AFE Nº :  |
| Endereço: |
| Bairro: Município: Manaus CEP: |
| Fone:  |
| E-mail: |
| Farmacêutico Responsável Técnico:  |
| CRF/AM: CPF: |
| **2. VEM REQUERER**  |
| Autorização para realizaçao 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. |
| **3. DESCRIÇÃO DO TIPO DE TESTE RÁPIDO QUE SERÁ REALIZADO NO LOCAL E NÚMERO DE REGISTRO NA ANVISA** |
|  |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO