|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO PARA ALTERAÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO**  **Preenchimento eletrônico obrigatório. Enviar no formato PDF por e-mail, devidamente assinado.** | | | | | | | | |
| Razão Social: | | | | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | CNES\*: | | | | | |
| Endereço Completo: | | | | | | | | |
| Município: | | | | | CEP: | | | |
| E-mail da Unidade: | | | | Telefone da Unidade: | | | | |
| E-mail do Novo Farmacêutico: | | | | Telefone do Novo Farmacêutico: | | | | |
| Representante Legal **(Sec. Saúde ou Diretor da Unidade):** | | Cargo: | | CPF: | RG/SSP: | | | |
| **Atual** Responsável Técnico: | | Nº Cons. de Classe: | | CPF: | RG/SSP: | | | |
| **Novo** Responsável Técnico: | | Nº Cons. de Classe: | | CPF: | RG/SSP: | | | |
| Venho requerer a alteração do Responsável Técnico pela farmácia do estabelecimento acima qualificado, sob minha responsabilidade legal e/ou técnica. Neste ato, apresento os documentos anexos, conforme a relação especificada abaixo. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas e documentos anexados são verdadeiros, assumindo a responsabilidade administrativa, civil e criminal pelos mesmos.  – TO, / / .    **Representante Legal Novo Responsável Técnico pela Farmácia** | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:** | | | | | | **Sim** | **Não** | **N/A** |
| 1. | Certificado de Responsabilidade Técnica expedida pelo Conselho de Farmácia – CRF/TO; | | | | |  |  |  |
| 2. | Documentos pessoais do Responsável Técnico Farmacêutico (carteira do CRF, RG, CPF); | | | | |  |  |  |
| 3. | Livro de Registro para Movimentação do Medicamento a base de Talidomida, conforme Anexo X da RDC nº11/2011, para atualização do Responsável Técnico (Farmacêutico); | | | | |  |  |  |
| **CAMPO EXCLUSIVO DA VISA**  Palmas, TO, / / .  Assinatura e carimbo | | | | | | | | |