|  |
| --- |
| **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 |