|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO PARA ABERTURA DE LIVRO MANUAL**  **Preenchimento eletrônico obrigatório. Enviar no formato PDF por e-mail, devidamente assinado.** | | | | | |
| Razão Social: | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | |
| Insc. Estadual: | CNES\*: | | CNPJ/CPF: | | |
| Atividade Principal: | | | | | |
| Endereço: | | | | | |
| Município: | | | | | CEP: |
| E-mail: | | | | Telefone:  (  ) | |
| Proprietário/Representante Legal: | | Cargo: | | CPF: | RG/SSP: |
| Responsável Técnico: | | Nº / Cons. de Classe: | | CPF: | RG/SSP: |
| Venho requerer a abertura do livro do estabelecimento acima qualificado (livro anexo), sob a minha responsabilidade legal e/ou técnica no corrente ano. Neste ato, apresento os documentos (anexos) para tal finalidade, conforme a relação de documentação específica. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas e documentos anexados são verdadeiros, assumindo a responsabilidade administrativa, civil e criminal pelos mesmos. Declarando ter pleno conhecimento da Legislação especifica em vigor, comprometendo-se a cumprir, no que couber, a disposição contida na Lei n° 5.991/73, no Decreto n° 74.170/74 e na Portaria SVS/MS n° 344/98.Palmas – TO, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Proprietário/Representante Legal |  | Responsável Técnico | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:** | **Sim** | **Não** | **N/A** |
| 1. | Comprovante de pagamento da taxa - **DARE** site: http://www.sefaz2.to.gov.br/dare/servlet/hnetccwkda, código da receita 420, Sub-código 3.2.1. (Dispensado para estabelecimentos públicos e empresas que protocolarem documento comprobatório de isenção tributária); |  |  |  |
| 2. | Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ; |  |  |  |
| 3. | Certificado de Responsabilidade Técnica expedida pelo Conselho de Farmácia – CRF/TO; |  |  |  |
| 4. | Inscrição Estadual (Empresa Privada); |  |  |  |
| 5. | Inventário dos medicamentos existentes no estabelecimento, devidamente datado e assinado pelo Responsável Técnico do estabelecimento e da Farmácia, **no caso de não existir o livro para encerramento**. |  |  |  |
| 6. | Livros novos para abertura |  |  |  |
| 7. | Relação e quantidade de medicamentos com que a empresa irá trabalhar e especificar em que lista o medicamento pertence, **no caso de ser a primeira abertura de livro do estabelecimento.** |  |  |  |
| **CAMPO EXCLUSIVO DA VISA**  Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo | | | | |