|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO PARA INCLUSÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO**  Preenchimento obrigatório com letra de forma ou eletrônico e entregue em 2 vias | | | | | | | | | | |
| Razão Social: | | | | | | | | | | |
| Nome de Fantasia: | | | | | | CNPJ/CPF: | | | | |
| CNAE: | | | | | Insc. Estadual: | | | | | |
| Atividade Principal: | | | | | | | | | | |
| Endereço Completo: | | | | | | | | | | |
| Município: | | | CEP: | | | Telefones:  (  )  \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (  ) | | | | |
| E-mail: | | | | | |
| Proprietário/Representante Legal: | | Cargo: | | CPF: | | | RG/SSP: | | | |
| **NOVO** Responsável Técnico: | | Nº/ Cons. de Classe: | | CPF: | | | RG/SSP: | | | |
| Venho requerer a inclusão do Novo Responsável Técnico do estabelecimento acima qualificado, sob minha responsabilidade legal. 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.Palmas – TO, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | Proprietário/Responsável Técnico |  | Novo Responsável Técnico | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:** | | | | | | | | **Sim** | **Não** | **N/A** |
| 1. | Comprovante de pagamento da taxa - **DARE** site: [www.sefaz.to.gov.br/dare.php](http://www.sefaz.to.gov.br/dare.php), código da receita 420, sub-código 3.3.8. Dispensado para estabelecimentos públicos e empresas que protocolarem documento comprobatório de isenção tributária; | | | | | | |  |  |  |
| 2. | Livros para atualização do Responsável Técnico | | | | | | |  |  |  |
| 3. | Certificado de Responsabilidade Técnica expedida pelo Conselho de Farmácia – CRF/TO | | | | | | |  |  |  |
| 4. | Assinatura do **Termo de Responsabilidade Técnica farmacêutica** perante a Vigilância Sanitária. (Duas vias) | | | | | | |  |  |  |
| **CAMPO EXCLUSIVO DA VISA**  Processo nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo | | | | | | | | | | |