|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO PARA CADASTRO DE ESTABELECIMENTOS QUE COMERCIALIZAM RETINÓIDES**  Preenchimento obrigatório com letra de forma ou eletrônico e entregue em 2 vias | | | | | | |
| Razão Social: | | | | CNPJ/CPF: | | |
| Nome de Fantasia: | | | | Insc. Estadual: | | |
| Atividade Principal: | | | | | | |
| Endereço Completo: | | | | | | |
| Município: | | | | | CEP: | |
| E-mail: | | | Telefones:  (  )       | (  ) | | | |
| Proprietário/Representante Legal: | Cargo: | | CPF: | | | RG/SSP: |
| Responsável Técnico: | Nº / Cons. de Classe: | | CPF: | | | RG/SSP: |
| Venho requerer o cadastro do Estabelecimento acima qualificado para comercialização de Retinóides para o corrente ano, que está sob responsabilidade técnica do profissional acima qualificado. Neste ato, apresento os documentos necessários em anexo, conforme a relação especificada. 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/Representante Legal** |  | **Responsável Técnico** | | | | | | | |
| **CAMPO EXCLUSIVO DA VISA**  Processo nº. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Servidor da VISA** | | **ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO** | | | | |

**ANEXO DO REQUERIMENTO**

(Deve ser assinado na Vigilância Sanitária após a conferência dos documentos).

**Cadastro de Estabelecimentos para Comercialização de Retinóides**

Formulário de Requerimento para Cadastro de Estabelecimentos que comercializam **Retinóides** assinado pelo representante legal/proprietário e responsável técnico pelo estabelecimento acompanhado das **cópias** dos documentos abaixo relacionados e na **seguinte ordem**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **DOCUMENTOS:** | **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. |  |  |  |
| 2. | CNPJ; |  |  |  |
| 3. | Requerimento preenchido e assinado corretamente; |  |  |  |
| 4. | Certificado de Responsabilidade Técnica expedida pelo Conselho de Farmácia – CRF/TO; |  |  |  |
| 5. | RG, CPF e cédula profissional (responsável técnico); |  |  |  |
| 6. | Alvará de Localização/Funcionamento do estabelecimento; |  |  |  |
| 7. | Alvará Sanitário; |  |  |  |
| 8. | Relação, quantidade estimada e justificativa para a comercialização dos medicamentos; |  |  |  |
| 9. | Autorização de funcionamento atualizada, expedida pela ANVISA (Diário Oficial da União); |  |  |  |
| 10. | Assinatura do **Termo de Responsabilidade Técnica** perante à Vigilância Sanitária. (Duas vias). |  |  |  |

Obs.: A autoridade sanitária após deferimento do cadastro publicará a aprovação em Diário Oficial do Estado do Tocantins ([www.casacivil.to.gov.br](http://www.casacivil.to.gov.br)).

Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_