PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PONTA GROSSA

COORDENADORIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

R E Q U E R I M E N T O

Nome do Estabelecimento(fantasia)		Razão Social	
C.N.P.J.	Inscrição Estadual	I.S.S. / Alvara localização nº	
Endereço		Bairro / Localidade	Telefone

Profissional - Responsável Técnico			Identidade – órgão exp.
C.P.F.	Órgão e N°. do Conselho de Classe	Telefone residencial e celular /	
Endereço		Bairro/Localidade	E-mail

S E R V I Ç O S S O L I C I T A D O S

( ) INGRESSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ( ) BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

D O C U M E N T O S A APRESENTAR

	PARA **INGRESSO DE RT**		PARA **BAIXA DE RT**
A	Fotocópias de cédula/carteira profissional com foto do conselho de classe, cédula de identidade e C.P.F. do RT solicitante.	A	Fotocópias de cédula/carteira profissional com foto do conselho de classe, cédula de identidade e C.P.F. do RT solicitante.
B	Fotocópia do certificado de regularidade ou declaração de RT do respectivo Conselho de Classe, conforme o caso.	B	Fotocópia da rescisão do contrato de trabalho ou alteração social comprovando que o requerente deixou a sociedade ou declaração de que não será mais o responsável técnico;
C	Fotocópia de contrato de trabalho/CTPS ou documento oficial que comprove vínculo com o estabelecimento.	C	Caso o estabelecimento dispense medicamentos sob regime de controle especial e/ou antimicrobianos; **verifique nos artigos 21, 22 e 23 da RE nº 590 (10/09/2014)** os procedimentos e documentos aplicáveis a serem adicionados no processo de solicitação de baixa de RT.
D	Via original do presente requerimento preenchido de forma clara e legível, sem rasuras e assinado pelo RT requerente.	D	Via original do presente requerimento preenchido de forma clara e legível, sem rasuras e assinado pelo RT requerente.
E	Comprovante de quitação de taxa de responsabilidade técnica em Guia de Recolhimento de Débitos – solicitar junto à Praça de Atendimento.	E	Comprovante de quitação de taxa de responsabilidade técnica em Guia de Recolhimento de Débitos – solicitar junto à Praça de Atendimento.
F	Conforme o caso, se o estabelecimento não exercer atividades com substâncias e medicamentos sob controle, apresentar declaração que não exercerá, assinada pelo RT e proprietário.		

Data: _____/_____ /20_____.

Assinatura do Requerente

Parecer do órgão - (Vigilância Sanitária)