



Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde/**Divisão de Vigilância Sanitária**

REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Profissional

Nome:	
RG Nº:	
Órgão expedidor:	
Data de expedição:	
Nº de registro/Conselho:	
CPF Nº:	
Endereço:	
Bairro:	
Município/UF:	
CEP:	Telefone:
E-MAIL:	
Horário de trabalho:	

Declaro a baixa de responsabilidade técnica pelo estabelecimento a seguir qualificado:

Razão Social:
Nome Fantasia:
CNPJ:
Endereço:
Bairro:
CEP:
Telefone:

Por ser verdade firmamos o presente:

São José dos Pinhais, _____ de _____ de _____.



Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais
Secretaria Municipal de Saúde
Departamento de Vigilância em Saúde/**Divisão de Vigilância Sanitária**

Nome do Representante Legal da Empresa:

Ass.:

RG:

Nome do Responsável Técnico:

Ass.:

Conselho/nº:

Cópia de documentos a serem entregues a critério da autoridade sanitária.

- Rescisão do Contrato de Trabalho ou da página referente na Carteira de Trabalho;
- Certificado de Regularidade Técnica e/ou Homologação;
- Entrega de balanços da Portaria Nº 344/1998, até a data da baixa/ou declaração de não comercialização (Drogarias);
- Certificado de Transmissão Regular/SNGPC e do Inventário que foi enviado ao SNGPC;
- Requerimento Preenchido e Assinado;
- Comprovante de quitação da taxa de responsabilidade técnica;
- Livros de registros da Portaria Nº 344/1998 (Clínicas e Hospitais);
- Declaração de ciência assinada pelo responsável legal, referente à paralisação das atividades exclusivas do profissional farmacêutico, caso não possua farmacêutico substituto contratado.