

REQUERIMENTO

O Sr. _____

residente na _____ n.º _____ bairro _____

responsável pelo(a) (nome fantasia) _____

vem mui respeitosamente solicitar a V. Sa. o(s) serviço(s) abaixo relacionados juntando para qual cópia dos seguintes documentos:

- () Requerimento padronizado SMS, assinado pelo responsável técnico específico ou proprietário;
- () Prova de constituição de Empresa ou contrato social, MEI, etc...;
- () Identidade e CPF do(s) proprietário(s);
- () CNPJ da Empresa atualizado;
- () Taxa (DAM) paga (Microempreendedor Individual, comprovado, é isento dessa Taxa);

No caso de responsabilidade técnica juntar cópia dos seguintes documentos:

- () Documentos pessoais do RT: diploma, identidade profissional e certidão de regularidade junto ao conselho respectivo;
- () Certificado de regularidade da empresa junto ao conselho de classe quando se tratar de Pessoa Jurídica;

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> LICENÇA SANITÁRIA | <input type="checkbox"/> AUT. P/ MANIP. DE FORM. SUJEITOS A CONTROLE ESPECIAL |
| <input type="checkbox"/> ANÁLISE DE PROJETOS DE EAS | <input type="checkbox"/> AUT. P/ MANIP. DE FÓRMULAS C/ HORMÔNIOS |
| <input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO PARA AMBULANTES | <input type="checkbox"/> AUT. P/ MANIP. DE FÓRMULAS C/ ANTIMICROBIANOS |
| <input type="checkbox"/> AUT. P/ SERVIÇOS FARMACÊUTICOS | <input type="checkbox"/> AUT. P/ MANIP. DE FÓRMULAS C/ CITOSTÁTICOS |
| <input type="checkbox"/> AUT. P/ REALIZAR TESTES RÁPIDOS | <input type="checkbox"/> AUT. P/ MANIP. DE FÓRMULAS DE BAIXO ÍNDICE TERAPÊUTICOS |
| <input type="checkbox"/> AUT. P/ REALIZAR SERVIÇOS DE IMUNIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> AUT. P/ MANIP. DE FÓRMULAS LÍQUIDAS |
| <input type="checkbox"/> AUT. P/ COM. DE CONTROLADOS (PORT.344/98) | <input type="checkbox"/> AUT. P/ MANIP. DE FÓRMULAS SEMI-SÓLIDAS |
| <input type="checkbox"/> AUT. P/ COM. DE RETINÓIDES (PORT.344/98) | <input type="checkbox"/> AUT. P/ MANIP. DE FÓRMULAS P/ PROD. VETERINÁRIOS |
| <input type="checkbox"/> AUT. P/ COM. DE FRACIONÁVEIS (RDC 80/06) | <input type="checkbox"/> AUT. P/ COM. DE SUBSTÂNCIAS INALANTES |
| <input type="checkbox"/> AUT. P/ APLICAÇÃO DE INJETÁVEIS | <input type="checkbox"/> AUT. P/ REALIZAÇÃO DE PROCED. INVASIVOS |
| <input type="checkbox"/> AUT. P/ TRANP. MEDICAMENTOS E/OU PROD. P/ SAÚDE | <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ |
| <input type="checkbox"/> AUT. P/ REALIZAÇÃO DE PROCED. ESTÉTICOS | _____ |

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Ramo de Atividade: _____

Nome da Firma: _____

Endereço: _____

Horário de Funcionamento: _____ E-mail: _____

Telefone: _____ CNPJ/CPF.: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Ponto de Referência: _____

Título Profissional _____ Registro no Conselho N.º _____

Termos Que

Pede Deferimento

Marabá, ____/____/____

Responsável