



PREFEITURA MUNICIPAL DE BIGUAÇU-SC
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA SANITÁRIA



REQUERIMENTO DE BAIXA – RESPONSABILIDADE TÉCNICA

PROFISSIONAIS: FARMACÊUTICO, BIOQUÍMICO, MÉDICO, ODONTÓLOGO, OPTOMETRISTA, FISIOTERAPEUTA, PSICÓLOGO, ASSISTENTE SOCIAL, TÉCNICO ÓPTICO, TERAPEUTA OCUPACIONAL, EDUCADOR FÍSICO, VETERINÁRIO E QUÍMICO).

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

➤ **Descrição**

Referente a baixa de Responsável Técnico em estabelecimentos de saúde e de interesse a saúde;

➤ **Como solicitar**

O requerente deve apresentar a documentação via protocolo da Vigilância Sanitária;

➤ **Relação de documentos**

- ✓ Requerimento devidamente preenchido;
- ✓ Cópia dos documentos Pessoais (RG, CPF ou CNH), do profissional e de quem vai assinar o requerimento;
- ✓ Cópia da Rescisão Contratual e/ou baixa na Carteira de Trabalho;
- ✓ Levantamento de estoque; (Apresentar comprovante de finalização do SNGPC)- Exclusivo Farmacêutico;
- ✓ Taxa de Protocolo paga.

SOLICITAÇÃO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Profissional: () ASSISTENTE SOCIAL; () EDUCADOR FÍSICO; () ENFERMEIRO;
() FARMACÊUTICO/BIOQUÍMICO; () FISIOTERAPEUTA; () MÉDICO; () ODONTÓLOGO;
() PSICÓLOGO; () QUÍMICO; () TERAPEUTA OCUPACIONAL; () VETERINÁRIO;
() OUTROS _____

Nome do Profissional:

Nome e nº registro classe

Endereço Residencial:

Número:

Bairro:

Município:

CEP nº:

Fone (Res):

Fone (celular):

E-mail:

Vem requerer a **baixa de Responsabilidade Técnica** junto a vigilância sanitária, pela empresa _____, Fone _____, e-mail _____, sito a _____, nº _____ - Bairro _____, neste Município, inscrita no CNPJ nº _____.

Horário de funcionamento da empresa (com dias da semana):

Carga horária do profissional RT (com dias da semana):

Biguaçu (SC), ____/____/____.

Assinatura do responsável Técnico

Carimbo (nome, qualificação e nº registro de classe)

WhatsApp: (48) 99188-9403

Telefone: (48) 3039-8462

E-mail: alvarasanitariobigua@gmail.com