



## Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua Padre Anchieta 2.454 CJ 1703 - Bigorriho

80730-000 Curitiba-PR

41 3359-9341

### REQUERIMENTO

- ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS
- RENOVAÇÃO DE ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE PELO PROGRAMA DE GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE – PGRSS

#### 1. RESPONSÁVEL PELO PGRSS

Nome:				Nº de inscrição no CRBM-6:	
Habilitação(ões):					
Rua, Av., Tv., etc.:				Nº:	
Complemento:	Bairro:				
Município:	UF:	CEP:			
Fone: ( )	E-mail:				

#### 2. PESSOA JURÍDICA

Nome do estabelecimento:					
CNPJ:				Nº de inscrição no CRBM-6:	
Rua, Av., Tv., etc.:				Nº:	
Complemento:	Bairro:				
Município:	UF:	CEP:			
Fone: ( )	E-mail:				

#### PLANO DE GERENCIAMENTO (ANEXAR AO REQUERIMENTO)

Para elaborar o plano, consulte Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 222, de 28 de março de 2018 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

Responsabilizando-me pelas informações, REQUEIRO à Presidência do CRBM-6 o registro da responsabilidade técnica pelo PGRSS junto ao estabelecimento informado no quadro nº 2.

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----  
Nome do(a) Interessado(a)

-----  
Assinatura do(a) interessado(a)



## Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua Padre Anchieta 2.454 CJ 1703 - Bigorrião  
80730-000 Curitiba-PR  
41 3359-9341

### DEVOLUÇÃO DOS DOCUMENTOS

#### 1. Assinale os documentos

Certificado de Responsabilidade Técnica

Outros documentos – Especificar:

#### 2. Como deseja receber os documentos

Irei pessoalmente retirar a documentação

Desejo receber a documentação pelo correio, no endereço abaixo indicado (**haverá cobrança de taxa de remessa**). E desta forma me responsabilizo integralmente por eventual extravio ou avaria decorrente da remessa postal dos documentos.

ENDEREÇO PARA  
REMESSA

Rua, Alameda, Tv., etc.:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Autorizo a pessoa abaixo identificada a retirar a documentação. **\*É necessária a apresentação de documento de identificação com foto no momento da retirada.**

Nome:

RG/RNE:

CPF:

Declaro estar ciente das instruções e assumo a responsabilidade das informações acima prestadas

Interessado:

E-mail:

Fone:

Local e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Interessado(a)