

# REQUERIMENTO DE DECLARAÇÃO DE PGRSS

Eu, \_\_\_\_\_ farmacêutico(a),  
inscrito(a) neste CRF-MG, sob nº \_\_\_\_\_, declaro que sou o(a) Responsável  
Técnico pela:

- a) ( ) elaboração;
- b) ( ) implantação e/ou;
- c) ( ) consultoria.

do **Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS**, do  
estabelecimento: \_\_\_\_\_,  
situado à Rua (Av.) \_\_\_\_\_ nº. \_\_\_\_\_,  
Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,

Deste modo, solicito certidão sobre esta atividade, atendendo  
assim, as determinações legais vigentes.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico(a)