REQUERIMENTO DE INCLUSÃO OU EXCLUSÃO DE MINISTRANTE

(RELAÇÃO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS PELA REALIZAÇÃO DO TREINAMENTO)

À Secretaria Municipal de Saúde:

Venho através deste requerer à Prefeitura Municipal de Campo Grande, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, a adequação do quadro de profissionais responsáveis por ministrar/oferecer o Treinamento HMA/Multiplicador em nome desta empresa, junto à Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental de Campo Grande/MS, em conformidade com os dispositivos estabelecidos no Decreto 16.654, de 10 de junho de 2026.

Dados da Empresa Credenciada		
Razão Social		
Endereço completo		
Inscrição Municipal	CNPJ	Telefone da Empresa

Dados do Requerente			
Nome		CPF	
Vínculo: ☐ Responsável/Representante Legal	☐ Responsável Técnico	☐ Outro:_____	

Dados do Profissional			
Tipo ☐ Inclusão ☐ Exclusão		CPF	
Nome			
Telefone	Profissão	Conselho / Número	
Tipo ☐ Inclusão ☐ Exclusão		CPF	
Nome			
Telefone	Profissão	Conselho / Número	
Tipo ☐ Inclusão ☐ Exclusão		CPF	
Nome			
Telefone	Profissão	Conselho / Número	
Tipo ☐ Inclusão ☐ Exclusão		CPF	
Nome			
Telefone	Profissão	Conselho / Número	

Campo Grande - MS, ____ de _____ de _____.

_____

Assinatura do requerente