

FORMULÁRIO Nº 14

Nº
Func.

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

COMUNICADO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA/ FARMACÊUTICO SUBSTITUTO

Este formulário não substitui a obrigatoriedade do protocolo de baixa de responsabilidade técnica/ farmacêutico substituto com apresentação dos documentos exigidos para tal.

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do **PROFISSIONAL**

Nome:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Celular:	E-mail:	

Dados do **ESTABELECIMENTO**

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:	Ramo de Atividade:		
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	E-mail:	

Pelo presente, venho informar o que abaixo discrimino:

Comunicado de Baixa de Responsabilidade Técnica

Comunicado de Baixa de Farmacêutico Substituto

Declaro para os devidos fins que não possuo vínculo com o estabelecimento acima desde _____.

O declarante se compromete a apresentar os documentos referentes à baixa perante o CRF-SP assim que finalizados; esta comunicação resguarda eticamente o profissional de eventuais questões técnicas que ocorram no estabelecimento após a data deste protocolo (nos termos da Resolução 596/2014), mas não exclui e não desobriga o profissional da apresentação dos documentos necessários para que ocorra o efetivo trâmite da baixa no cadastro do CRF-SP (devolução da CR/RRT/RFS e CTPS com a data da baixa ou distrato registrado em cartório).

O declarante se responsabiliza pelo conteúdo da declaração para todos os efeitos legais, especialmente ao disposto no artigo 12, inciso XIII, da Resolução 596/2014 (Código de Ética).

_____	, de _____ de _____
Cidade	Dia Mês Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário