# FORMULÁRIO Nº 21

| N° 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.

## COMUNIDADO DE BAIXA DE OUTROS VÍNCULOS EXCETO RESPONSABILIDADE TÉCNICA/ FARMACÊUTICO SUBSTITUTO

### 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:**

☐ Baixa de Folguista

☐ Baixa de Outros Vínculos

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

O declarante se responsabiliza pelo conteúdo da declaração para todos os efeitos legais, especialmente ao disposto no título I, artigo 15, inciso XII, da Resolução 711/2021 (Código de Ética).

| , de de |
|---|
| Cidade Dia Mês Ano |

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário

Alterado em 28/03/2016