

# FORMULÁRIO Nº 21

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.

## COMUNIDADE 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 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