

**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO AMAPÁ**

**CRF-AP**

|  |  |
| --- | --- |
| REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO DEFINITIVO OU BAIXA DEFINITIVA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA (COMUNICAÇÃO OBRIGATÓRIA) | Formulário nº07 |

1. Dados do Farmacêutico(a):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome**: | **CRF/AP**: |
| **Endereço: n.º** | **Bairro**: |
| **Município**:  | **Fone**: |

2. Dados do Estabelecimento:

|  |  |
| --- | --- |
| **Razão social:** | **CNPJ:**  |
| **Nome fantasia:** | **Município:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Bairro:** | **Fone:** |
| **Email:** |  |

|  |
| --- |
| **Venho REQUERER e DECLARAR o motivo da Baixa de Responsabilidade Técnica junto ao estabelecimento acima:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**OBS:** Anexar certidão de Regularidade e Cópia da baixa da CTPS .

Macapá, \_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_ 2021

|  |
| --- |
| **Ass. Farmacêutico(a):** |
| **ATENÇÃO**Fica ciente o proprietário/representante legal deste estabelecimento da declaração acima e de que deverá apresentar ao CRF/AP, novo responsável técnico no prazo de até 30 (trinta) dias e ainda que, se for o caso, de acordo com o art. 17 da lei 5.991/73, não poder, neste período, aviar fórmulas magistrais ou oficinais, nem vender medicamentos sujeitos a regime especial de controle (Portaria 344/98), podendo, na hipótese de apurada infração, ser incurso nas sanções previstas na lei nº 6.437/76 ou em outras dispostas em lei especial. |
| **Ass. e Carimbo do Proprietário/Representante legal:** |