



COMUNICAÇÃO DE BAIXA PELO(A) EMPRESA/ESTABELECIMENTO

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Requerimento para Baixa de Responsabilidade Técnica (Empresa/Estabelecimento)

Original fornecido pelo CRF-PB, **sem emendas ou rasuras**, com todos os campos preenchidos e devidamente assinado.

Certidão de Regularidade

Devolução da Certidão de Regularidade, com o devido preenchimento do termo de devolução (verso da certidão);

OU

CTPS

Cópia das páginas da foto, identificação e do contrato contendo a data de demissão e assinatura.

Ou

CTPS DIGITAL

Parte da baixa ou rescisão do contrato.

Obs.: na impossibilidade desses, Declaração de próprio punho do profissional farmacêutico comunicando a baixa e os motivos da ausência da Certidão de Regularidade ou da rescisão, sob pena de responsabilização ética profissional.

Importante

- Havendo o afastamento definitivo do farmacêutico, a baixa da responsabilidade técnica, só se concretizará com a protocolização no CRF-PB dos documentos mencionados acima;
- O prazo para comunicar ao Conselho Regional de Farmácia, o encerramento do vínculo profissional de qualquer natureza, independentemente de retenção de documentos pelo empregador, é de 05 (cinco) dias, de acordo com o Inciso XIII do Art. 12 do Anexo I da Res. Nº 596/2014 do CFF – Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

**REQUERIMENTO PARA BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
(EMPRESA/ESTABELECIMENTO)**

Ao Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba - CRF-PB

A EMPRESA/ESTABELECIMENTO:

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF-PB/PJ:	
NOME DE FANTASIA:			
ENDEREÇO:		CNPJ:	
BAIRRO:		CIDADE:	UF:
CEP:	FONE:	E-MAIL:	

Através do seu Representante Legal, abaixo identificado:

NOME:			
CPF:	RG/ ÓRGÃO EXP.:	ESTADO CIVIL:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE:	UF:
CEP:	FONE:	E-MAIL:	

Comunica que a partir desta data de demissão, ____ / ____ / ____ ,o farmacêutico:

NOME:		Nº CRF-PB:	
-------	--	------------	--

Não possui mais nenhum vínculo de trabalho com esta Empresa/Estabelecimento, deixando de exercer a função de:

- FARMACÊUTICO DIRETOR TÉCNICO: FARMACÊUTICO ASSISTENTE TÉCNICO:
 FARMACÊUTICO SUBSTITUTO: FARMACÊUTICO PLANTONISTA:
 FARMACÊUTICO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO, NO PERÍODO DE: ____ / ____ / ____ Á ____ / ____ / ____

E para comprovar, estou ANEXANDO os seguintes documentos:

- Cópia da CTPS
 Comprovante/Termo de Rescisão Contratual;
 OUTROS (Especificar): _____

Outrossim, declara que a baixa se deu pelo seguinte motivo:

Sem mais para o momento, subscrevo-me.

Local e Data:	Assinatura do REPRESENTANTE LEGAL
---------------	-----------------------------------