



COMUNICAÇÃO DE BAIXA PELO 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 Técnica

Original com o verso preenchido pelo farmacêutico.

Ou

CTPS

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

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 vinculo de trabalho com esta Empresa/Estabelecimento, deixando de exercer a função de:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO DIRETOR TÉCNICO: | <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO ASSISTENTE TÉCNICO: |
| <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO SUBSTITUTO: | <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO PLANTONISTA: |
| <input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO, NO PERÍODO DE: ____ / ____ / ____ | Á ____ / ____ / ____ |

E para comprovar, estou ANEXANDO os seguintes documentos:

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Cópia da CTPS |
| <input type="checkbox"/> Comprovante/Termo de Rescisão Contratual; |
| <input type="checkbox"/> 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
---------------	-----------------------------------