



**BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

Requerimento de Baixa de Responsabilidade Técnica

Formulário original fornecido pelo CRF-PB, com todos os campos preenchidos, sem emenda, sem rasuras e devidamente assinado.

Certidão de Regularidade

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

Carteira de Identidade Profissional

Obrigatório para verificação e anotações necessárias.

Cópia da Rescisão do Contrato de Trabalho, homologado no Sindicato ou Ministério do Trabalho (este documento somente para contratação pela CLT) ou, cópia da CTPS (página da foto, identificação e do contrato), ou ainda cópia das folhas do Livro de Registro de Empregado assinado pelo farmacêutico.

Cédula de Identidade Profissional

É OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DA NOVA CÉDULA DE IDENTIDADE COM CHIP. Para se dar entrada em qualquer assunto junto ao CRF-PB

IMPORTANTE

- Segundo a Resolução do CFF nº 521/09 de 16 de dezembro de 2009, o CRF-PB não poderá receber documentos e formulários **com rasuras, emendas ou com campos não preenchidos.**

ATENÇÃO: Os documentos a serem apresentados, quando não redigidos no idioma oficial do país deverão estar acompanhados de cópia autenticada com tradução juramentada.

REQUERIMENTO PARA BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba - CRF-PB

Campo de dados do **PROFISSIONAL**:

Profissional:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
Cep:	Fone:	E-mail:	

Campo de dados do **ESTABELECIMENTO**:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
Cep:	Fone:	CNPJ:	

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

- Baixa de Responsabilidade Técnica
- Baixa de Farmacêutico Substituto
- Baixa de Farmacêutico Substituto Temporário

Motivo:

DOCUMENTOS ANEXADOS:

- Certidão de Regularidade
- Cópia da CTPS
- Termo de Rescisão Contratual

Nestes termos, peço deferimento.

_____, de _____ d
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do farmacêutico(a)