



FORMULÁRIO Nº 18
**REQUERIMENTO PARA BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA/
FARMACÊUTICO SUBSTITUTO / SUBSTITUTO EVENTUAL SUBSTITUTO
TEMPORÁRIO**

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.



Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do **PROFISSIONAL** (somente preencher os dados de endereço, telefone, celular e e-mail se o formulário foi assinado pelo profissional):

Nome:			Nº CRF-PF:		
Endereço:			Nº:		Compl.
Bairro:		Cidade:		Estado:	CEP:
Fone:	Celular:		E-mail:		

Pelo presente, venho requerer a baixa deste profissional pelo estabelecimento abaixo indicado.

Data do último dia de trabalho: ____ / ____ / ____.

Dados do **ESTABELECIMENTO** (somente preencher os dados de telefone, celular e e-mail se o formulário for assinado pelo representante legal da empresa)

Razão Social:			Nº CRF-PJ:		
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:			
Endereço:			Nº:		Compl.
Bairro:		Cidade:		Estado:	
CEP:	Fone:		E-mail:		

Nestes termos, peço deferimento.

	,		de		de	
Cidade		Dia		Mês		Ano

Assinatura do profissional / representante legal

Carimbo ou nome legível

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário