



Este documento foi protocolado sob n° _____ **07**

Em ___/___/____. _____
Funcionário



**REQUERIMENTO DE BAIXA DEFINITIVA DE RESPONSABILIDADE TECNICA
*(COMUNICAÇÃO OBRIGATÓRIA)**

1. DADOS DO FARMACÊUTICO (A)

Nome:	CRF/RR:
Endereço:	Bairro:
Município:	Fone:

2. DADOS DO ESTABELECIMENTO

Razão Social:	CNPJ:
Nome fantasia:	Município:
Endereço:	CEP:
Bairro:	Fone:

Venho REQUERER e DECLARAR o motivo da Baixa de Responsabilidade Técnica:

- () falta de pagamento e/ou obrigações trabalhistas;
() incompatibilidade com proprietário e/ou empregado;
() outros:

Boa Vista, _____ de _____ 20____.

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO (A); (Nome completo e letra legível ou Rubrica com carimbo)

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (A) ou RESPONSÁVEL; (Nome completo e letra legível ou Rubrica com carimbo)