



**REQUERIMENTO DE AFASTAMENTO DEFINITIVO OU BAIXA DEFINITIVA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
(COMUNICAÇÃO OBRIGATÓRIA)**

1. Dados do Farmacêutico (a):

Nome:	CRF/AL:
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 junto ao estabelecimento acima:

Maceió, ____ de _____ 20__

Ass. Farmacêutico (a):

ATENÇÃO

Fica ciente o proprietário/representante legal deste estabelecimento da declaração acima e de que deverá apresentar ao CRF/AL, novo responsável técnico no prazo de até 30 (trinta) dias e ainda que, se for o caso, de acordo com o art. 17 da lei 5.991/73, não poder, neste período, aviar fórmulas magistrais ou oficinais, nem vender medicamentos sujeitos a regime especial de controle (Portaria 344/98), podendo, na hipótese de apurada infração, ser incurso nas sanções previstas na lei nº 6.437/76 ou em outras dispostas em lei especial.

Ass. Proprietário/Representante legal: