|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REQUERIMENTO PARA BAIXA DE RESPONSÁVEL TÉCNICO**  **Preenchimento eletrônico obrigatório. Enviar no formato PDF por e-mail, devidamente assinado.** | | | | | | | | | |
| Razão Social: | | | | | | | | | |
| Nome de Fantasia: | | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | CNES\*: | | | | | | |
| Endereço Completo: | | | | | | | | | |
| Município: | | | | | | CEP: | | | |
| E-mail da Unidade: | | | | | Telefone da Unidade: | | | | |
| E-mail do Farmacêutico: | | | | | Telefone do Farmacêutico: | | | | |
| Representante Legal **(Sec. Saúde ou Diretor da Unidade):** | | Cargo: | | CPF: | | RG/SSP: | | | |
| Responsável Técnico Farmacêutico: | | Nº Cons. de Classe: | | CPF: | | RG/SSP: | | | |
| Venho requerer a baixa do Atual Responsável Técnico pela farmácia do estabelecimento acima qualificado, sob minha responsabilidade legal e/ou técnica. Neste ato, apresento os documentos anexos, conforme a relação de documentação especificada abaixo. Declaro para os devidos fins que todas as informações prestadas e documentos anexados são verdadeiros, assumindo a responsabilidade administrativa, civil e criminal pelos mesmos.      – TO, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_.  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Representante Legal** |  | **Atual Responsável Técnico pela Farmácia** | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTOS:** | | | | | | | **Sim** | **Não** | **N/A** |
| 1. | Documento de Baixa de Responsabilidade Técnica expedida pelo Conselho de Farmácia – CRF/TO; | | | | | |  |  |  |
| 2. | Levantamento de estoque do medicamento a base de Talidomida existente no estabelecimento, devidamente datado e assinado pelo Responsável Técnico, até o último dia de trabalho na Unidade Pública Dispensadora de Talidomida; | | | | | |  |  |  |
| **CAMPO EXCLUSIVO DA VISA**  Palmas, TO, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura e carimbo | | | | | | | | | |