



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA  
SETOR DE CADASTRO  
FORMULÁRIO OFICIAL

**TERMO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

**SEGUIR INSTRUÇÕES**

- Adocumentação só será aceita com todos os campos devidamente preenchidos (preencher em letra de forma ou legível) e sem rasuras.

IIm. Presidente do Conselho do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF-BA,

**Dados do Profissional**

Nome do (a) profissional:		Nº CRF-BA:	
Email:		Tel.:(    )	
Endereço:			Nº
Bairro:	Cidade:	CEP:	

**Dados do Estabelecimento**

Razão Social:			
CNPJ:		Nº CRF-BA:	
Endereço:			Nº
Bairro:	Cidade:	CEP:	

Declaro para os devidos fins que o último dia de assistência farmacêutica no estabelecimento foi em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**OBSERVAÇÃO:**A baixa de responsabilidade técnica deverá ser comunicada pelo (a) profissional também ao serviço de vigilância sanitária correspondente.

Nestes termos, peço deferimento.

Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia

A informação ou a declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não prestar assistência ao estabelecimento, no horário previsto neste termo, sofrendo as penalidades do Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) profissional