|  |
| --- |
| **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 |