



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

**FORMULARIO DE BAIXA DE VINCULO PROFISSIONAL**

**SEGUIR INSTRUÇÕES**

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

Senhor Presidente do CRF-BA,

Eu, \_\_\_\_\_ inscrito (a) neste regional sob o nº \_\_\_\_\_, de acordo com a Resolução 648/2017 do CFF comunico que a partir desta data, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, de rescisão contratual ou de sociedade deixo de exercer a responsabilidade técnica pelo estabelecimento/empresa CNPJ:\_\_\_\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_\_/\_\_\_\_-\_\_\_\_ nº de cadastro do CRF/BA:\_\_\_\_\_, Razão Social \_\_\_\_\_, endereço: \_\_\_\_\_, em anexo envie os documentos abaixo:

- Certidão de Regularidade Técnica original com verso preenchido
- Cópia autenticada da rescisão contratual (Carteira de trabalho, Rescisão contratual, Documento de Exoneração).
- Baixa da Vigilância Sanitária
- No caso de farmacêutico (a) sócio (a) proprietário (a) envie a cópia da alteração contratual ou distrato social registrados na Junta Comercial (JUCEB).

**Caso não tenha os documentos citados, você deve preencher a justificativa abaixo:**

Outrossim, declaro de próprio punho que deixo a responsabilidade técnica da empresa/estabelecimento citado acima, e os motivos de não enviar a Certidão de Regularidade Técnica ou a copia da rescisão contratual/sociedade ou a baixa na vigilância sanitária, sob pena de responsabilização ético profissional são: \_\_\_\_\_

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

Nestes termos, peço deferimento.

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 profissional

