



Conselho Regional de Farmácia do Estado do Piauí - CRF - PI
Rua Professor Nódgi Nogueira, 4193, Bairro Ininga
Teresina – Piauí - 64048-465
Tel.: (86) 3222 8480 - Fax (86) 3223 8999
www.crfpi.org.br

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO

Solicitação baixa de Responsabilidade Técnica.

O profissional: _____
Inscrito(a) no CRF/PI sob nº _____ residente e domiciliado à:

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP _____
Tel(s): _____ Fax _____ e-mail _____
Empresa: _____
Estabelecimento: _____
Inscrição Estadual _____ CNPJ _____
Cidade: _____ UF _____
Endereço _____ CEP _____
e-mail _____
Telefone: _____ Fax Telefone: _____

CONTATO: () E-MAIL () TELEFONE () FAX

Vem comunicar que a partir desta data não está mais vinculado(a) ao estabelecimento indicado, recolhendo e devolvendo a esse Órgão a "**CERTIDÃO DE REGULARIDADE**", solicitando sejam feitas, às anotações previstas na Lei, bem como, fica ciente, para apresentar novo Responsável Técnico, e que deverá atender às exigências das Leis 3.820/60, 5.991/73 e RDC 238 de 27/11/02.

_____, de _____ de _____

FARMACÊUTICO: _____
CIENTE: _____

(Responsável pelo estabelecimento/ Proprietário)

RECEBIDO EM _____ / _____ / _____

FUNCIONÁRIO(A) _____