

**FORMULÁRIO PADRÃO DE REQUERIMENTO DE
BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

NOME:	CRF-MA Nº
ENDEREÇO:	
EMPRESA:	
ENDEREÇO:	

Eu, farmacêutico (a), () DIRETOR TÉCNICO () ASSISTENTE TÉCNICO () SUBSTITUTO

Venho **REQUERER** e **DECLARAR** o motivo da Baixa da Responsabilidade Técnica:

São Luís-MA, _____

Assinatura do Responsável Técnico e Carimbo
(com firma reconhecida)

ATENÇÃO

Fica ciente o representante legal deste estabelecimento da declaração acima e que deverá apresentar ao CRF-MA novo responsável técnico no prazo de até 30 (trinta) dias, e ainda que, se for o caso, de acordo com o art. 17 da Lei 5.991/73, não poder neste período aviar fórmulas magistrais ou oficinais, nem vender medicamentos sujeitos a regime especial de controle (Portaria 344/98), podendo, na hipótese de apurada infração ser incurso nas sanções previstas na Lei nº 6.437/76 ou em outras dispostas em lei especial.

Assinatura do Representante Legal e Carimbo
(com firma reconhecida)

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Quadra. B, número 7 - São Francisco São Luís - MA CEP: 65075-270.
Fone:
(98) 2107-3850/2107-3851
Fax:(+55 98) 2107-3852
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 9h às 17h.

Seccional Imperatriz

Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa, n. 1163, sala 01 – Centro Imperatriz – MA
CEP: 65903-279.
Fone/Fax:
(99) 3221-8981 e 3221-8989
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Av. Catulo, n. 170 Equatorial Shopping Center, 2º Piso - Sala 17, Balsas-MA CEP: 65800-000.
Fone:
(99) 3541-3891
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 14h às 18h.