



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Instruções para o preenchimento do Formulário 9

O Formulário 9 tem como finalidade a comunicação da baixa do vínculo empregatício do profissional responsável técnico ou substituto, ou seja, o profissional deixa de ser responsável técnico ou substituto no local. A imagem foi dividida de acordo com o esquema de cores para facilitar o entendimento.

FORMULÁRIO Nº 09				Nº Func.
SEGUIR INSTRUÇÕES				
<ul style="list-style-type: none">Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)Não serão aceitos formulários fora do padrão ou <u>desconfigurados</u>, com rasuras, digitados e complementados à caneta.				
REQUERIMENTO PARA BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA/ SUBSTITUTO				
Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP				
Dados do PROFISSIONAL:				
Nome:		Nº CRF-PF:		
Endereço:		Nº:	Compl.	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	
Fone: ()	Celular: ()	E-mail:		
Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:				
<input type="checkbox"/> Baixa de Responsabilidade Técnica				
<input type="checkbox"/> Baixa de Farmacêutico Substituto				
Observações:				
Dados do ESTABELECIMENTO:				
Razão Social:		Nº CRF-PJ:		
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:		
Endereço:		Nº:	Compl.	
Bairro:	Cidade:	Estado:		
Cep:	Fone: ()	E-mail:		
Nestes termos, peço deferimento.				
_____, de _____ de _____				
Cidade Dia Mês Ano				
Assinatura do profissional		Documentos conferidos por:		
Carimbo e / ou nome legível		Assinatura do funcionário		



Na parte superior do formulário há instruções em relação ao preenchimento do formulário e a parte de requerimento, ou seja, indica o procedimento solicitado perante o CRF:

Dados do **PROFISSIONAL**:

Nome: 1		Nº CRF-PF: 2	
Endereço: 3		Nº: 4	Compl. 5
Bairro: 6	Cidade: 7	Estado: 8	CEP: 9
Fone: () 10	Celular: () 11	E-mail: 12	

- 1 – Nome:** Preencher o nome completo do profissional farmacêutico;
- 2 – Nº CRF-PF:** Preencher o número de inscrição no CRF do profissional;
- 3 – Endereço:** Preencher o endereço residencial do profissional;
- 4 – Nº:** Preencher o número do endereço do profissional;
- 5 – Compl.:** Preencher o complemento do endereço, (apartamento, bloco, lote ou alguma outra informação). Se não houver, deixar em branco;
- 6 – Bairro:** Preencher o bairro do endereço residencial do profissional;
- 7 – Cidade:** Preencher a cidade do endereço residencial do profissional;
- 8 – Estado:** Preencher o Estado do endereço residencial do profissional;
- 9 – CEP:** Preencher o CEP do endereço residencial do profissional;
- 10 – Fone:** Preencher o número de telefone residencial do profissional;
- 11 – Celular:** Preencher o número de celular do profissional;
- 12 – E-mail:** Preencher o e-mail do profissional.

A segunda parte deste formulário é o requerimento de baixa que o profissional fará e a justificativa.

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

- 1** Baixa de Responsabilidade Técnica
- 2** Baixa de Farmacêutico Substituto

3 Observações:

1 – Baixa de Responsabilidade Técnica: O requerente assinala esta opção quando ele solicita a sua saída como Responsável Técnico do estabelecimento.



2 – Baixa de Farmacêutico Substituto: O requerente assinala esta opção quando ele solicita a sua saída como Farmacêutico Substituto do estabelecimento.

3 – Observações: O requerente coloca neste campo as informações referentes a sua saída, como motivo da baixa e que não foi feita a assunção na vigilância sanitária.

A terceira parte do formulário é o espaço reservado para o preenchimento dos dados do estabelecimento no qual o requerente solicita a baixa.

Dados do **ESTABELECIMENTO:**

Razão Social: 1		Nº CRF-PJ: 2	
Nome Fantasia: 3		Ramo de Atividade: 4	
Endereço: 5		Nº: 6	Compl. 7
Bairro: 8	Cidade: 9		Estado: 10
Cep: 11	Fone: () 12	E-mail: 13	

1 – Razão Social: Neste campo deve-se preencher a razão social do estabelecimento requerente, permitindo-se abreviações caso o espaço seja insuficiente.

2 – Nº CRF-PJ: Este é o número de inscrição do estabelecimento no CRF. Tanto o número que consta no protocolo (7 dígitos), como o número que conta na CR/RRT/RFS (5 dígitos) podem ser preenchidos neste campo. Caso esteja em branco ou o número esteja errado, o próprio funcionário pode preencher a lápis para identificação. É o único campo que pode haver o preenchimento por parte do funcionário.

3 – Nome Fantasia: É o nome de “fachada” ou comercial do estabelecimento.

4 – Ramo de Atividade: Neste campo deve constar o ramo de atividade do estabelecimento.

5 – Endereço: Neste campo, deve estar preenchido o endereço (logradouro) do estabelecimento do requerente.

6 – Número: É o número do endereço do estabelecimento requerente.

7 – Complemento: É o complemento do endereço do estabelecimento requerente (Ex: loja 1; Bloco A, Box. 100). Caso não possua, deixar em branco.

8 – Bairro: É o bairro do endereço do estabelecimento requerente.

9 – Cidade: É a cidade do endereço do estabelecimento requerente.

10 – Estado: É o Estado do endereço do estabelecimento requerente. Deve-se preencher a sigla do Estado, no caso dos estabelecimentos inscritos no CRF é “SP”.

11 – CEP: É o CEP do estabelecimento requerente.

12 – Fone: Neste campo, deve-se preencher o telefone fixo do estabelecimento. Caso não possua telefone fixo, deixar em branco.

13 – E-mail: Neste campo, deve-se preencher o e-mail do estabelecimento. Caso não possua e-mail, deixar em branco.



Nesta parte do formulário, deve-se colocar a assinatura do profissional a data da assinatura e local e a assinatura do funcionário do CRF-SP que analisou o processo.

Nestes termos, peço deferimento.

1

		de		de
Cidade		Dia	Mês	Ano

2

	Documentos conferidos por:
Assinatura do profissional	3
Carimbo e / ou nome legível	

1 – Cidade e Data: Neste campo o requerente deve colocar a data do preenchimento do formulário e a cidade. Não são aceitos formulários em que a data seja futura à sua apresentação.

2 – Assinatura do profissional: É o campo onde o profissional deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

3 – Documentos conferidos por: Este campo deve ser assinado pelo funcionário do CRF que realizou a análise dos documentos referentes ao procedimento solicitado. Quando o funcionário assina o documento, ele atesta que a documentação apresentada está de acordo com os procedimentos do CRF.