



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF-RJ**

**Ilmo. Sr. Presidente do  
Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro - CRF-RJ.**

PROTOCOLO GERAL
Nº -
DATA:     /     /
FUNCIONÁRIO-CARIMBO

**DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE  
BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

NOME:	CRF-RJ Nº
ENDEREÇO:	
EMPRESA:	
ENDEREÇO:	

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

1. • impedimento das atividades profissionais;
2. • falta de pagamento e/ou obrigações trabalhistas;
3. • irregularidades sanitárias não sanadas;
4. • incompatibilidade com proprietário e/ou empregados;
5. • falta de tempo para desenvolvimento das atividades profissionais;
6. • outros: \_\_\_\_\_

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_  
Comprometo-me a dar ciência ao empregador da referida baixa de RT em até 5 (cinco) dias úteis  
(em caso de baixa sem ciência do empregador).

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico e Carimbo

**ATENÇÃO**

Fica ciente o representante legal deste estabelecimento da declaração acima e que deverá apresentar ao CRF-RJ 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

**USO EXCLUSIVO DO CRF-RJ**

--

DATA :            /            /

FUNCIONÁRIO-CARIMBO