**REQUERIMENTO PARA BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA FARMÁCIA/DROGARIA**

**IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO**

|  |
| --- |
| NOME |
| CPF | CRF/SC |
| TELEFONE CELULAR | E-MAIL |

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

|  |
| --- |
| RAZÃO SOCIAL / NOME |
| CNPJ / CPF | NOME FANTASIA |
| LOGRADOURO | Nº |
| BAIRRO / COMPLEMENTO | TELEFONE COMERCIAL |

 **CÓPIAS DOS DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES JUNTO À VISA:**

* Requerimento de Baixa de Responsabilidade Técnica (RT);
* Boleto Bancário da Taxa Sanitária de Baixa de RT com o comprovante de pagamento;
* Rescisão de contrato assinada e datada ou contrato social atualizado (nos casos de farmacêuticos proprietários/sócios do estabelecimento);
* Inventário de encerramento junto ao SNGPC.

Vem pelo presente requerer que seja concedida a **baixa de responsabilidade técnica** junto à VISA, da empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, conforme documentos em anexo exigidos pela legislação vigente.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico

Laguna, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_.