



**CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
Rua Amélia, 50 - Espinheiro - 52020-150 - Recife/PE  
PABX: (81) 3426-8540 | CNPJ: 09.822.982/0001-71  
[www.crfpe.org.br](http://www.crfpe.org.br) | [crfpe@crfpe.org.br](mailto:crfpe@crfpe.org.br)

**DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE  
BAIXA DE FARMACÊUTICO SUBSTITUTO**

NOME:	CRF-PE Nº:
ENDEREÇO:	
EMPRESA:	CRF-PE Nº:
ENDEREÇO:	

Venho REQUERER e DECLARAR o motivo da Baixa:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico – CRF-PE nº \_\_\_\_\_

**ATENÇÃO**

Fica ciente o representante legal deste estabelecimento da declaração acima e que deverá apresentar no CRF-PE novo farmacêutico substituto no prazo de até 30 (trinta) dias, de acordo com o art. 17 da lei 5.991/73.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal e Carimbo