
AUTORIZAÇÃO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Eu,

inscrito(a) sob o CPF: . . . -

Autorizo o Sr.(a)

inscrito(a) sob o CPF: . . . -

A Protocolar/entregar meu(s) documento(s) profissional(is) no CRF-MT.

Data, / / .

. . . -

O (A) FARMACÊUTICO (A) DEVERÁ ASSINAR NO CAMPO ACIMA COM CANETA ESFEROGRÁFICA AZUL/PRETA OU ASSINATURA ELETRÔNICA COM CERTIFICADO DIGITAL VÁLIDO]

OBS.: O AUTORIZADO DEVERÁ APRESENTAR DOCUMENTO COM FOTO