

DECLARAÇÃO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – EMPRESA (CASOS EXCEPCIONAIS)

Ilmo(a) Sr(a)

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

DADOS DO PROPRIETÁRIO/RESPONSÁVEL LEGAL PELA EMPRESA:

Representada nesse instrumento pelo(a) Sr.(a):

Nome: _____ sob o CPF: . . . -

DADOS DO ESTABELECIMENTO

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ: . . / - Inscrita no CRF-MT sob o nº :

Situada no endereço: _____ N.º: _____ Bairro: _____ CEP: -

Cidade: _____ UF: MT

DADOS DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO PARA O QUAL SE REQUER A BAIXA DE RESPONSABILIDADE:

Nome: _____ CPF: . . . - Inscrição CRF-MT n.º:

Data da rescisão: / /

Venho através deste, justificar o motivo da **Baixa de Responsabilidade** do(a) profissional:

Por motivo de:

Abandono do emprego.

Outros (descrever o motivo):

Por ser verdade, firmo o presente documento para que produza os efeitos legais, ciente de que a falsidade de seu conteúdo pode implicar a aplicação de sanções civis, administrativas, bem como sanções penais previstas no **art. 299** do Código Penal.

Data, / /