

## DECLARAÇÃO DE NÃO CADASTRO/REGISTRO JUNTO A VIGILÂNCIA SANITÁRIA

Ilmo(a) Sr(a)

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

### PREENCHER TODOS OS CAMPOS NECESSÁRIOS

Eu, \_\_\_\_\_ farmacêutico inscrito(a) no CRF/MT sob nº \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ -

Declaro para os devidos fins, perante este Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso, que mantive vínculo empregatício de

Diretor(a) Técnico(a)/Substituto(a) de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ no estabelecimento abaixo relacionado:

### 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

**Declaro ainda**, que na condição de **Diretor Técnico/Substituto de Diretor Técnico**, deixo de apresentar a Declaração de Baixa de Responsabilidade Técnica expedida pela VISA local, por não ter sido cadastrado/registrado junto a Vigilância Sanitária.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_