

## REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA - EMPRESA

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: . . . -

E-mail: \_\_\_\_\_ Fone : ( ) -

#### DADOS DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO QUE DESEJA REQUERER A BAIXA DE RESPONSABILIDADE:

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: . . . - Inscrição CRF-MT n.º:

No cargo de : \_\_\_\_\_ Tipo de vínculo com estabelecimento

Pelo presente, venho requerer o que descrimino abaixo:

“ **BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA DO PROFISSIONAL** ”

No estabelecimento abaixo relacionado.

#### DADOS DO ESTABELECIMENTO:

CNPJ: . . / - Razão Social:

Fantasia: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ N.º:

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: -

e-mail de contato:

Neste termos pede deferimento.

Data, / / .

\_\_\_\_\_

. . . -

PARA USO EXCLUSIVO DO CRF-MT

SITUAÇÃO ATUAL

PROTOCOLO

Atendimento n.º: \_\_\_\_\_

Total de Página(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Funcionário Responsável