

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 descrevino 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