



REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo(a) Sr(a)
Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

Profissional: **Farmacêutico(a)** Inscrição CRF-MT n.º:

Eu, _____ CPF: . . . -

Pelo presente, venho requerer o que descrimino abaixo:

“ BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ”

No cargo de :

No estabelecimento abaixo relacionado:

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