



REQUERIMENTO DE BAIXA DE FIRMA

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

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

Eu, _____, CPF: _____, sou o representante legal e/ou proprietário(a)
 da empresa sob o CNPJ: _____ / _____, inscrita no CRF-MT sob o n.º
 Razão Social: _____ Nome Fantasia: _____
 Endereço: _____ N.º: _____ Bairro: _____ Fone: (____) _____ -
 CEP: _____, Cidade: _____ UF: **MT** e-mail de contato: _____

Venho por meio deste, solicitar a “**baixa**” de estabelecimento neste regional..
 Nestes termos, pede deferimento.

Data, / /

 Representante legal do estabelecimento

PARA USO EXCLUSIVO DO CRF-MT

RECEPÇÃO

Possui RT Ativo: [] SIM [] NÃO

Deu Baixa de RT: ____/____/____

Data: ____/____/____

 Func. Responsável

FISCALIZAÇÃO

Possui Auto de Infração: [] SIM [] NÃO

Nº A.I. _____

OBS: _____

Data: ____/____/____

 Func. Responsável

FINANCEIRO

Anuidades Pagas: [] SIM [] NÃO

Multas: [] SIM [] NÃO

Taxas pagas para efetuar baixa: [] SIM [] NÃO

Data: ____/____/____

 Func. Responsável