



REQUERIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DÉBITOS – PESSOA JURÍDICA

Ilmo(a) Sr(a)

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

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

Razão Social:

CNPJ: . . . / - , inscrita no CRF-MT n.º:

Vem através de seu representante legal,

com o CPF: . . . -

Pelo presente, venho requerer o que discrimino abaixo:

“ LEVANTAMENTO DE DÉBITOS – PESSOA JURÍDICA ”

Neste termos pede deferimento.

Data , / / .

. . . / -