



Fls. \_\_\_\_\_

Assinatura

**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO**

DOC. 19

**REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA** **Requerimento pelo PROFISSIONAL** **Requerimento pelo ESTABELECIMENTO****Ilmo. (a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins – CRF-TO**Dados da **RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Razão Social:	
Nome Fantasia:	
Nº CRF-TO ou CNPJ:	
Nome do Profissional:	
Nº CRF-TO:	Função:

DECLARO que a Responsabilidade Técnica acima indicada foi prestada até a seguinte data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Justifico a não devolução da Certidão de Regularidade em razão de:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

*Cidade*                      *dia*                      *mês*                      *ano*

\_\_\_\_\_  
Assinatura por extenso  
Profissional ou Representante legal

:: As assinaturas devem ser feitas por extenso. Em caso de rubrica deverá esta ter reconhecimento de firma ::