

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 ____/____/____.

Observação (opcional):

_____, _____ 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 ::