



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 ____ / ____ / ____.

Observação (opcional):

_____, de _____. de 20 _____.
Cidade *dia* *mês* *ano*

Assinatura por extenso
Profissional ou Representante legal