# SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

Fls. Assinatura

REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

# DOC. 19

|  |  |
| --- | --- |
| **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 / / .

Obsevação (opicioal):

|  |
| --- |
|  , 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* ::