

DECLARAÇÃO DE NÃO CADASTRO/REGISTRO JUNTO A VIGILÂNCIA SANITÁRIA - EMPRESA

Ilmo(a) Sr(a)

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

PREENCHER TODOS OS CAMPOS NECESSÁRIOS

Eu, _____ representante legal, com o CPF: _____ -

Declaro para os devidos fins, perante este Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso, que profissional farmacêutico abaixo:

Nome: _____ inscrito(a) no CRF/MT sob nº _____ CPF: _____ -

Diretor(a) Técnico(a)/Substituto(a) de _____ / _____ a _____ / _____ manteve vínculo empregatício no estabelecimento abaixo:

DADOS DO ESTABELECIMENTO

Razão Social: _____ Nome Fantasia: _____
CNPJ: _____ / _____ - inscrita no CRF-MT sob o nº : _____ situada no endereço: _____ N.º: _____
Bairro: _____ CEP: _____ - Cidade: _____ UF: MT

Declaro ainda, que o profissional na condição de **Diretor Técnico/Substituto de Diretor Técnico**, deixa de apresentar a Declaração de Baixa de Responsabilidade Técnica expedida pela VISA local, por não ter sido cadastrado/registrado junto a Vigilância Sanitária.

Por ser verdade, firmo o presente.

Data, / /