



REQUERIMENTO DE DESISTÊNCIA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo(a) Sr(a)

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

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

Profissional: **Farmacêutico(a)** Inscrição CRF-MT n.º:

Eu,

CPF: . . . -

Pelo presente, venho requerer o que descrimino abaixo:

“ DESISTÊNCIA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA ”

No cargo de :

Pelo motivo de:

No estabelecimento abaixo relacionado:

CNPJ: . . . / - Razão Social:

Fantasia:

Endereço:

N.º:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

-

Neste termos pede deferimento.

Data , / / .

PARA USO EXCLUSIVO DO CRF-MT

SITUAÇÃO ATUAL

PROTOCOLO

Atendimento n.º: _____

Total de Página(s): _____

_____/_____/_____, às ____:____

Funcionário Responsável