

# FORMULÁRIO Nº 19

## SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

## REQUERIMENTO DE CERTIDÕES – PESSOA JURÍDICA

### Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

#### Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	E-mail:	

#### Dados do PROFISSIONAL

Nome:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Cel.:	E-mail:	
Doador de órgãos e tecidos?    Sim    Não			

#### Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Certidão Negativa de Débito

Certidão para fins de Licitação

Registro de Atestado de Capacidade Técnica

Outros, (especificar): \_\_\_\_\_.

Nestes termos, peço deferimento.

_____	de	_____	de
Cidade	Dia	Mês	Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do farmacêutico / representante legal

\_\_\_\_\_  
Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário