



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA
SEDE: Rua Borja Peregrino, 318, Centro, João Pessoa, CEP: 58013-342, Fone: (83) 3015-3555
SECCIONAL CAMPINA GRANDE: Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Souza, 450,
Sala 410, Estação Velha, Campina Grande, CEP 58410-050, Fone: (83) 3322-4424
SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, Nº 18, Cotton Shopping Center, Sala 06, Sousa.
CEP: 58800-000, Fone: (83) 3521-2216 CNPJ: 08.338.774/0001-39
Site: www.crfpb.org.br



REQUERIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DÉBITOS
PESSOA FÍSICA

Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba – CRF/PB.

Profissional:		CRF:
Endereço:		
Bairro:		Cidade:
CPF:	RG:	Tel. (83)
E-mail:		Tel. (83)

**O Levantamento está condicionado ao preenchimento das condições legais. Verifique-as antes de requerê-lo.*

Declaro que os dados informados acima estão corretos.

OBSERVAÇÃO:

Pelo presente, venho requerer **LEVANTAMENTO DE DÉBITOS EXISTENTES.**

Local e Data:

_____ de _____ de 2021.

Profissional/ Representante Legal

ATENÇÃO:

- Preencher os campos em letra legível ou digitalizado e sem rasuras (apresentar sempre via original);
- Juntar cópia da Cédula de Identidade e do CPF do interessado e subscritor do Termo.
- No caso de portadores de Procuração, esta somente será considerada se for Pública e com poderes específicos para realizar o acordo, e, ainda, deverá ser juntada cópia dos documentos pessoais do procurador.