



**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, N° 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](http://www.crfpb.org.br)



## **REQUERIMENTO DE LEVANTAMENTO DE DÉBITOS** **PESSOA JURÍDICA**

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

<b>Razão Social:</b>		<b>CRF:</b>
<b>Nome Fantasia:</b>		
<b>Endereço:</b>		
<b>Bairro:</b>		<b>Cidade:</b>
<b>CNPJ:</b>	<b>CPF (Proprietário ou representante legal):</b>	<b>Tel. (83)</b>
<b>E-mail:</b>		<b>Tel. (83)</b>

*\*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.

\_\_\_\_\_  
Proprietário (a)/Sócio(a)/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.