**BAIXA DE EMPRESA**

Ilmo (a) Sr. (a). Presidente do Conselho Regional de Farmácia do ...........

**DA FIRMA**

........... , com sede na av./rua ..........., nº ..........., bairro/distrito ..........., na cidade de ........... - ........... (UF), CEP ........... (endereço completo: tipo, nome do logradouro, número, complemento, bairro/distrito, município, Unidade Federativa e CEP ), registrada no CRF-......... sob o número.

**DO PROPRIETÁRIO**

........... (nome civil por extenso), ........... (nacionalidade), ........... (naturalidade), ........... (estado civil) ........... (profissão), ........... (documento de identidade, número e órgão expedidor), ........... (CPF), ........... (endereço residencial (tipo e nome do logradouro, nº, complemento, bairro/distrito, município, unidade federativa e CEP).

**DO PEDIDO**

Vem requerer a V. Sa., em obediência ao que dispõe a Lei nº 3.820/60, **Baixa da Inscrição de Firma**.

Nestes termos

Pede deferimento

..........., ........... de ........... de ...........

Ass. do Proprietário

|  |
| --- |
| **Observação**: Isento de reconhecimento de firma, conforme o Decreto nº 63.166/88. D 63166-1988 |