Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

Rua Capote Valente, 487 - Jardim América - São Paulo - SP - CEP 05409-001 - Tel: (11) 3067-1450 Fax: (11) 3064-8973 - www.crfsp.org.br

Registro de Responsabilidade Técnica

O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO- CRF-SP, À VISTA DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA, CONCEDE O PRESENTE A Dr.(a) **CARLOS ALBERTO SOUZA SANTOS** INSCRITO(A) NO CRF-SP SOB O Nº **84393** NA CATEGORIA DE **FARMACEUTICO** CERTIFICANDO QUE ENCONTRA-SE SOB SUA RESPONSABILIDADE TÉCNICA O(A) **REPEL TRANSP** DE PROPRIEDADE DA FIRMA **REPEL LOG TRANSP ROD LTDA EPP, CNPJ 12564655000171,** ESTABELECIDA À **R JOAO PESSOA 16 SL 311/312 CENTRO - SANTOS-SP** REGISTRADA NESTE CRF-SP SOB Nº **70908** COM O RAMO DE ATIVIDADE **TRANSP ALIM/PROD SAUDE**.

SÃO PAULO, 14 DE FEVEREIRO DE 2018

Dr. Marcos Machado Ferreira
Presidente / CRF-SP: 132635

Este estabelecimento comprovou nos termos do Art. 24 da Lei 3.820/60, que mantém responsável técnico à frente de suas atividades.

1. Este documento deve ser afixado em lugar bem visível ao público.
2. Por infração às normas relativas à atividade profissional, o CRF-SP poderá determinar o recolhimento deste documento, o qual perderá sua validade.
3. Por ocasião de mudança no horário de Assistência, bem como de quaisquer dados do estabelecimento, este documento perderá sua validade e deverá ser retirado pelo responsável técnico e devolvido ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, requerendo as devidas alterações.
4. **Na hipótese de não haver alteração de dados, o mesmo deverá ser renovado no seu vencimento que será em**

14 DE FEVEREIRO DE 2019

TERMO DE DEVOLUÇÃO DO RRT

Eu, , inscrito no CRF-SP sob nº
responsável técnico pelo estabelecimento acima, comunico que a partir desta data não estou vinculado ao mesmo, recolhendo e devolvendo ao CRF-SP o presente REGISTRO para as providências cabíveis.

LOCAL _____ DATA / / ASSINATURA _____