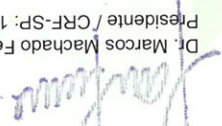




Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo
Rua Capote Valente, 487 - Jardim América - São Paulo - SP - CEP 05409-001 - Tel: (11) 3067-1450 Fax: (11) 3064-8973 - www.crfsp.org.br

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) **AMANDA DIAS GARRIDO** INSCRITO(A) NO CRF-SP SOB O Nº **62927** NA CATEGORIA DE **FARMACEUTICO** CERTIFICANDO QUE ENCONTRA-SE SOB SUA RESPONSABILIDADE TÉCNICA O(A) **MEG TECH** DE PROPRIEDADE DA FIRMA **MEG TECH INSUMOS LTDA, CNPJ 6742260000119, ESTABELECID A R CARLO CARRA 82 VL STA CATARINA - SAO PAULO-SP** REGISTRADA NESTE CRF-SP SOB Nº **40498**, COM O RAMO DE ATIVIDADE **DIST INS FARM/PROD SAUDE**.


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

SÃO PAULO, 26 DE SETEMBRO DE 2018

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 26 DE SETEMBRO DE 2019** em

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 _____