



## CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ

### ATESTO

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Pará, pelo presente, atesto para os devidos fins que \_\_\_\_\_, CPF n° \_\_\_\_\_ RG n° \_\_\_\_\_, Órgão Emissor \_\_\_\_\_, UF \_\_\_\_\_, goza de boa reputação por conduta pública.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome da Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
CRF

\_\_\_\_\_  
Nome da Testemunha 2

\_\_\_\_\_  
Nome da Testemunha 3

\_\_\_\_\_  
CRF

\_\_\_\_\_  
CRF