

ILUSTRÍSSIMA SENHORA PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA – CRF/PB

_____, devidamente inscrito
(a) no CRF/PB sob nº _____, vem mui respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, requerer, **DECLARAÇÃO NEGATIVA DE DÉBITO**.

**Termos em que,
P. Deferimento.**

João Pessoa (PB), ___ de _____ de _____

Assinatura do Requerente