



Doc. 04

**SR(a).
PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO
TOCANTINS - CRF-TO.**

Requerimento de Inscrição de Posto de Medicamento

A Firma: _____

Endereço: _____

CEP _____ telefone. _____

Cidade: _____ Estado: _____

Registro na Junta Comercial: _____

Em ____/____/____ Capital Social: _____

(_____)
_____)

Natureza de Atividade da Firma: _____

Nome do Estabelecimento Fantasia: _____

Sócios: _____

Vem requerer a V.Sa., a inscrição para abertura de Posto de Medicamento,
obedecendo a Lei nº 3.820/60

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Palmas, _____ de _____ de _____

INTERESSADO (PROPRIETÁRIO)

(Reconhecido firma)