Fls._____

_____
Assinatura

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

DOC. 10

REQUERIMENTO DE RENOVAÇÃO OU 2ª VIA DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA

☐ **Renovação da CRT** ☐ **2ª via da CRT**

Ilmo. (a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins – CRF-TO

Dados do **ESTABELECIMENTO**

Razão Social:	
Nome Fantasia:	
Nº CRF-TO ou CNPJ:	
Telefones:	
E-mail:	

Quadro de **RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Nº CRF-TO	Nome Profissional

_____, _____ de _____ de 20_____.
Cidade *dia* *mês* *ano*

_____
Assinatura por extenso do Profissional ou Representante legal

:: *As assinaturas devem ser feitas por extenso. Em caso de rubrica deverá esta ter reconhecimento de firma* ::