



Fls. _____

Assinatura

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

DOC. 09

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE FARMACÊUTICO

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

Dados do **PROFISSIONAL**

Nome:	
Nº CRF-TO:	CPF:
Telefones:	
E-mail:	

Pelo presente, venho requerer Transferência do CRF-TO para o _____.

DECLARO estar ciente de que de acordo com a Resolução CFF nº 638/2017, a Certidão de Transferência terá validade de 60 dias a contar da data de expedição.

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

Assinatura por extenso