



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

CRF-TO
Fls _____
Ass _____

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE AUTÔNOMO

Doc. 14

O(A) Profissional Farmacêutico(a):

Nome: \_\_\_\_\_

CRF-TO: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Vem requerer o cadastro de:

Registro de Consultório Autônomo  Registro de Clínica Autônoma

Nome Fantasia:	
Endereço:	Bairro:
Município:	CEP:
Fone: (____) _____	Email:

No(s) seguinte(s) horário(s) de funcionamento:

Segunda a Sexta-feira		Sábado		Domingo	
ABERTURA	FECHAMENTO	ABERTURA	FECHAMENTO	ABERTURA	FECHAMENTO
:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:

Com o(s) seguinte(s) horário(s) de Assistência: (DECLARAÇÃO FACULTADA, CONFORME RESOLUÇÃO DO CFF Nº720/2022)

Segunda – Feira	Das : às : , e das : às :
Terça – Feira	Das : às : , e das : às :
Quarta – Feira	Das : às : , e das : às :
Quinta – Feira	Das : às : , e das : às :
Sexta – Feira	Das : às : , e das : às :
Sábado	Das : às : , e das : às :
Domingo	Das : às : , e das : às :

Declaro te ciência, que para o exercício de atividade na qual seja necessária respectiva habilitação, deverei estar devidamente habilitado, de acordo com as legislações vigentes do Conselho Federal de Farmácia, com aptidão reconhecida pelo CRF-TO por meio da solicitação da emissão da AAPF.

Declaro ter conhecimento que deverei formalizar ao CRF-TO o fim da atividade do presente estabelecimento, sob pena de responsabilização profissional de acordo com o que dispõe a Lei Federal 3.820/60 e as Resoluções do CFF.

Assim, nos termos da Deliberação xx/2023, do CRF-TO, comparecem a este ato de Cadastro de Estabelecimento Autônomo, junto ao CRF-TO, o abaixo assinado:

\_\_\_\_\_  
(Assinatura por extenso e CRF-TO)