



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

TERMO DE COMPROMISSO DE ATIVIDADES TÉCNICA

Doc. 15

CRF-TO

Fls _____

Ass _____

Atividades a serem exercidas no estabelecimento:

<input type="checkbox"/> Farmácia Clínica	<input type="checkbox"/> Atribuições clínicas do farmacêutico (Res. CFF 585/2013, 586/20130)
<input type="checkbox"/> Farmácia Estética	<input type="checkbox"/> Toxina Botulínica (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Preenchimentos Dérmicos (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Carboxiterapia (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Intradermoterapia/Mesoterapia (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Agulhamento e Microagulhamento Estético (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Criolipólise (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Fio lifting de autosustentação (Res. CFF 645/2017) <input type="checkbox"/> Laserterapia ablativa (Res. CFF 645/2017)
<input type="checkbox"/> Práticas Integrativas e Complementares	<input type="checkbox"/> Antroposofia (Res. CFF 645/2017) <input type="checkbox"/> Acupuntura (Res. CFF 516/2009) <input type="checkbox"/> Homeopatia (Res. CFF 635/2016) <input type="checkbox"/> Ozonioterapia (Res. CFF 685/2020 695/2020)
<input type="checkbox"/> Outras Atividades	<input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____ <input type="checkbox"/> _____ _____

_____, _____ de _____ de 20____

(Assinatura por extenso e CRF-TO)