



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 (TODOS OS FARMACÊUTICOS)

Nº CRF-TO	Nome Profissional

_____ de _____ de 20____.

Cidade dia mês ano

Assinatura por extenso do Profissional ou Representante legal

ESPAÇO RESERVADO AO CRF-TO	
SECRETARIA/RECEPÇÃO	DIRETORIA
<input type="checkbox"/> Quadro de RT preenche os requisitos para emissão da Certidão de Regularidade.	<input type="checkbox"/> DEFERIDO a emissão da Certidão de Regularidade.
<input type="checkbox"/> Quadro de RT insuficiente.	<input type="checkbox"/> INDEFERIDO a emissão da Certidão de Regularidade.
Carimbo e assinatura	Carimbo e assinatura

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