



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

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 ::