**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

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

Fls. Assinatura

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE FARMACÊUTICO

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

Dados do **PROFISSIONAL**

**DOC. 09**

|  |
| --- |
| 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

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