# SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

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

Fls. Assinatura

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**

# DOC. 10

|  |
| --- |
| 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 |
| Quadro de RT preenche os requisitos para emissão da Certidão de Regularidade.Quadro de RT insuficiente.Carimbo e assinatura | DEFERIDO a emissão da Certidão de Regularidade.INDEFERIDO a emissão da Certidão de Regularidade.Carimbo e assinatura |

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