

**SOLICITAÇÃO DE PESSOA FÍSICA**  
**(AVERBAÇÕES/CERTIDÕES E OUTRO)**

Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba - CRF- PB

O(a) Profissional Farmacêutico(a) ou Técnico de Laboratório:

Nome:		Nº CRF-PF	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	
E-mail:		Doador de órgãos e tecidos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Filiação:			
Data de Nascimento:	Estado Civil:		CPF:
RG.:	Órgão Expedidor:	Data de Expedição:	
Cidade de Nascimento:		Nacionalidade:	
Título de Eleitor:		Zona:	Seção: Estado:
Tipo Sanguíneo: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O		Fator RH: <input type="checkbox"/> Positivo	<input type="checkbox"/> Negativo

**Dados Educacionais:**

Nome da Instituição:	Campus:
----------------------	---------

**Pelo presente, vem SOLICITAR o que abaixo discrimina**

- ALTERAÇÃO DE NOME;
- AVERBAÇÃO DE CURSO LIVRE;
- AVERBAÇÃO DO CERTIFICADO DE ESPECIALIZAÇÃO \_\_\_\_\_
- AVERBAÇÃO DE MESTRADO;
- AVERBAÇÃO DE DOUTORADO;
- CERTIDÃO SECUNDÁRIA PARA O CRF \_\_\_\_\_
- CERTIDÃO DE NADA COSTA;
- CERTIDÃO DE QUITAÇÃO;
- CERTIDÃO DE TRANSFERENCIA PARA O CRF \_\_\_\_\_.
- OUTROS: \_\_\_\_\_

**DECLARO** verdadeiras às informações prestadas e ciente de que a omissão ou declaração falsa configura-se “crime defalsidade ideológica”, previsto no Art. 2 do Código Penal Brasileiro e comprometo-me a informar ao CRF-CE sobre mudanças de endereço, responsabilidade profissional, contratual e outras que ocorrerem, conforme previsto na legislação vigente.

**Artigo 299:** Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser inscrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

**Pena** – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

**Declaro ainda que** estou em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como ter bons antecedentes e boa conduta pública (Lei nº 6868, 03/12/1980). **Com toda documentação exigida, venho requer a expedição da carteira profissional nos termos da lei 3820, de 11 de novembro de 1960.**

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Local e Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Farmacêutico(a)

**ATENÇÃO:**

**1. ASSINATURA DIGITAL: (EX.: Certificado Digital ou Assinatura Eletrônica – Gov.br)**

2. Todos os campos devem ser preenchidos em letra de forma ou legível, datilografado ou digitalizado e sem rasuras; Apresentar sempre via original;