



**CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA**



Ilma. Presidente do Conselho Regional de Farmácia da Paraíba – CRF/PB

Declaro, que encontrando-me em pleno gozo de minhas capacidades civis, nada tendo que desabone minha conduta, juntando toda a documentação exigida.

<b>Nome:</b>		<b>CRF</b>	
<b>Endereço:</b>		<b>Nº</b>	<b>Compl.</b>
<b>Bairro:</b>		<b>Cidade:</b>	
<b>CEP:</b>	<b>Fone:</b>	<b>Cel:</b>	<b>RG:</b>
<b>CPF:</b>		<b>Estado Civil:</b>	
<b>E-mail</b>			

Pelo presente, venho requerer **AVERBAÇÃO DE CURSO – HABILITAÇÃO EM ONCOLOGIA**.

**Declaro ainda que:**

- Possuo título de especialista emitido pela Sociedade Brasileira de Farmacêuticos em oncologia (Sobrafo).
- Possuo Residência na área de Oncologia.
- Sou egresso de programa de pós-graduação lato sensu reconhecimento pelo Ministério da Educação (MEC) relacionado a esta área.
- Possuo 3 (três) anos ou mais de atuação na área, a qual comprovo por carteira de Trabalho (CTPS) ou declaração do serviço com a descrição das atividades e período.
- Outros: \_\_\_\_\_

**Nestes termos, peço deferimento,**

\_\_\_\_\_/PB, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Farmacêutico**

**DOCUMENTOS A ANEXAR:**

- Carteira Profissional Marrom (original).
- Cópia simples e documento original do Certificado de título de especialista SOBRAFO .
- Cópia simples e o original do diploma de residência na área de oncologia, ou
- Cópia simples e o original do certificado de pós-graduação em Farmácia Oncológica identificada a instituição de ensino superior (IES) vinculada ao MEC, ou
- Comprovação de atuação na área de oncologia mediante cópia simples e a original da carteira de trabalho/contrato de prestação de serviços no caso de empresa terceirizada e declaração do estabelecimento com a descrição das atividades realizadas identificando o período, ou no caso de sócio proprietário, cópia do contrato social e suas atualizações.

**IMPORTANTE:**

- 1 – Os documentos deverão estar de acordo com a Resolução do CFF 640 de 27 de abril de 2017.
- 2 – Para apreciação da solicitação é necessário estar em dia com o departamento de tesouraria do CRF/PB



**CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA**

