



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA



**CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DO PROFISSIONAL  
FARMACÊUTICO OU TÉCNICO EM LABORATÓRIO  
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

**Requerimento de Cancelamento de Inscrição**

01 via original do formulário fornecido pelo CRF-PB devidamente preenchido sem rasuras, emendas e devidamente assinado pelo profissional.

**Carteira de Identidade Profissional**

Devolução para arquivamento.

**Cédula de Identidade Profissional**

Devolução para arquivamento.

**Anexar Cópia de documentos**

Pessoais e Comprovante de Residência com CEP, atualizados.

**Declaração Obrigatória de Baixa de Responsabilidade Técnica (Para Farmacêutico se existir alguma responsabilidade pendente)**

Original devidamente preenchido sem emendas ou rasuras e assinado.

**Taxas** Cancelamento de Inscrição.

**ATENÇÃO:**

- Segundo a Resolução do CFF nº 521/09 de 16 de dezembro de 2009, o CRF-PB não poderá receber documentos e formulários **com rasuras, emendas ou com campos não preenchidos.**
- No caso de extravio, furto ou roubo da carteira ou da cédula será obrigatório à entrega do Boletim de Ocorrência Policial.
- **Para o deferimento, o processo tem que ser inteiramente instruído com os documentos necessários, bem como o pagamento da respectiva taxa.**

**REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO**

Eu \_\_\_\_\_,

Farmacêutico(a),  Técnico em Laboratório, inscrito(a) no CRF-PB sob o nº. \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar a V. Sª. o cancelamento de minha inscrição profissional por (motivo):

**DOCUMENTOS DEVOLVIDOS:**

CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL       CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

**NA HIPÓTESE DE EXTRAVIO, FURTO OU ROUBO DA CÉDULA OU CARTEIRA PROFISSIONAL:**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL (constando o fato)

**Declaro para os devidos fins que não exerço atividades profissionais ou análogas. E para comprovar, estou anexando os seguintes documentos:**

CÓPIA DA CTPS       CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (marron)

**No caso de SERVIDOR PÚBLICO em atividade:**

CERTIDÃO DE SEU SUPERIOR DE QUE NÃO ESTÁ EXERCENDO A FUNÇÃO E/OU AS ATRIBUIÇÕES DE FARMACÊUTICO

Confirmo que as informações prestadas abaixo são verídicas.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.  
**Local e Data:**

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

**FORMULÁRIO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO**

**INFORMAÇÕES:**

a) Por que está deixando de exercer a profissão?


b) Em que área atuava?


c) Quanto tempo exerceu a profissão?

--

d) O cancelamento solicitado é definitivo ou temporário?

--

e) Qual a sua opinião sobre a profissão?


f) Atua ou atuou em magistério superior? Caso afirmativo em que instituição e qual os conteúdos ministrados?

--

g) Atua ou atuou no serviço público? Qual a função que exerceu ou exerce?

--

h) Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia na atividade que realiza atualmente?

--