



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

*SEDE: Rua Borja Peregrino, 318, Torre, João Pessoa, CEP: 58013-342*  
*Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br*  
*SECCIONAL CAMPINA GRANDE: Rua Vice Prefeito Antonio de Carvalho Souza, 450, Sala 410*  
*Estação Velha, CEP 58410-037, Campina Grande, Fone: (83) 3341-2906*  
*SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, Nº 18 Cotton Shopping, Sala 06*  
*Centro – Sousa - Tel/Fax (83) 3521-2216*



**SOLICITAÇÕES DIVERSAS**  
**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

**AVERBAÇÃO - CURSO LIVRE, ESPECIALIZAÇÃO, MESTRADO, DOUTORADO, CERTIDÕES (SECUNDARIA, NADA CONSTA E QUITAÇÃO) E OUTROS.**

**FORMULÁRIO: Requerimento de Pessoa Física (ANEXO)**

Formulário original fornecido pelo CRF-PB, com todos os campos preenchidos, sem emenda, sem rasuras e devidamente assinado, podendo ser assinatura no formato manual ou digital.

**Diploma de Graduação**

**Diploma do Curso a Ser Averbado**

**Carteira Profissional - Marrom**  
Obrigatório para reaver a anotação.

**ALTERAÇÃO DE NOME**

**Requerimento de Pessoa Física**

Formulário original fornecido pelo CRF-PB, com todos os campos preenchidos, sem emenda, sem rasuras e devidamente assinado, podendo ser assinatura no formato manual ou digital.

**Certidão de Casamento, Divórcio ou outros.**

**Documentos Pessoais Atualizados**

## REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

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 requerer 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:

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