

SOLICITAÇÃO DE PESSOA FÍSICA
(TRANSFERÊNCIA PARA OUTRO REGIONAL)

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 de falsidade 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;

ANEXO I – DO REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

TERMO DE CIÊNCIA PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA DO CRF- PB PARA OUTRO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA

No caso de existência de instauração de Processo Ético disciplinar em desfavor ao requerente, o trâmite de Transferência prosseguirá normalmente - conforme determina o Parecer 724/22, de 29/04/22, do CFF, porém, o profissional indiciado deverá atender à convocação de audiência da Comissão de Ética responsável pelo trâmite do respectivo Processo Ético Disciplinar.

A certidão de transferência terá validade de 60 dias a contar da data da expedição, **caso a transferência não seja efetivada no CRF de destino a inscrição será reativada automaticamente no CRF de origem**. Resolução 638/17 de 24/03/2017.

_____, _____ de _____ de 20____.

Local e Data:

Assinatura do Farmacêutico(a)