



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA



**INSCRIÇÃO DEFINITIVA POR TRANSFERÊNCIA RECEBIDA
DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO OU TÉCNICO EM LABORATÓRIO
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA**

Requerimento de Pessoa Física

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

Certidão de Transferência

Certidão emitida pelo CRF de origem constando que não possui em andamento nenhum processo ético, que não possui responsabilidade técnica, nem proibições, impedimentos e penalidades não prescritas, bem como, quitação de anuidades e multas, e de todas as taxas e emolumentos necessários ao processo de transferência (Certidão essa enviada entre Regionais)

Cédula de Identidade Profissional

Cédula de Identidade emitida pelo Conselho de origem para a substituição (caso o CRF de origem não tenha retido)

Carteira de Identidade Profissional

Carteira de Identidade Profissional (marrom) do Conselho de Origem (caso o CRF de origem não tenha retido) – para anotações.

Diploma

Cópia simples tamanho A4, frente e verso. Não serão aceitos diplomas plastificados

Fotos

02 Coloridas 3x4 de frente com fundo branco, e recentes.

RG, CPF, Título de Eleitor e Reservista

Originais e cópias simples ou cópias autenticadas.

Certidão de Casamento ou Averbação

Original e cópia simples ou cópia autenticada. Caso o nome esteja diferente dos documentos apresentados.

Exame de Tipo Sanguíneo ou Carteirinha de doador de sangue:

Original e cópia simples ou cópia autenticada.

Comprovante de Endereço

Cópia simples.

MILITAR: Comprovação da condição de farmacêutico militar através de documento emitido pelo órgão com o qual possui vínculo.

Taxas Inscrição e Cédula.

SE PROFISSIONAL ESTRANGEIRO APRESENTAR TAMBÉM

Passaporte:

Original e cópia simples ou cópia autenticada da página da foto, página da identificação e página da validade do visto atualizado.

ou

RNE atualizado:

Original e cópia simples ou cópia autenticada.

Observação: Caso o RNE esteja vencido, apresentar o protocolo de renovação do **DPF – Departamento de Polícia Federal.**

ATENÇÃO:

- Os documentos a serem apresentados, quando não redigidos no idioma oficial do país deverão estar acompanhados de cópia autenticada com tradução juramentada.
- 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.**

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

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

O(a) Profissional

Farmacêutico(a) Técnico(a) em Laboratório

NOME: _____ Nº CRF/PF: _____

Declara estar em pleno gozo da sua capacidade civil, bem como ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por sua conduta pública (Lei nº 6868, 03/12/1980).

Declara ainda, sob as penas da Lei, serem verdadeiros os dados abaixo.

ENDEREÇO: _____ Nº.: _____ COMPL: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO (UF): _____
CEP: _____ FONE: _____ E-MAIL: _____

FILIAÇÃO: PAI: _____
MÃE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NATURAL DE: _____ (UF) _____
NACIONALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
CPF: _____ RG Nº (ORG EXP): _____ DATA EXP: ____/____/____.
RESERVISTA Nº: _____ TIPO SANGUÍNEO: _____ FATOR RH: _____
TÍTULO DE ELEITOR: _____ ZONA: _____ SEÇÃO: _____

Pelo presente, vem requerer o que abaixo discrimina:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO DEFINITIVA; | <input type="checkbox"/> REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO; |
| <input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO PROVISÓRIA; | <input type="checkbox"/> REVALIDAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA; |
| <input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA; | <input type="checkbox"/> CRACHÁ DO FARMACÊUTICO; |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA PARA DEFINITIVA | <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE INSCRIÇÃO DEFINITIVA PARA REMIDA; |
| <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DO CRF- _____ PARA O CRF-PB; | <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DO CRF-PB PARA O CRF- _____; |
| <input type="checkbox"/> 2º VIA DE CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL; | <input type="checkbox"/> 2º VIA DE CARTEIRA PROFISSIONAL; |
| <input type="checkbox"/> APOSTILA DE NOME (ESPECIFICAR) NOME ATUAL: _____; | |
| <input type="checkbox"/> APOSTILA DE HABILITAÇÃO (ESPECIFICAR): _____; | |
| <input type="checkbox"/> APOSTILA DE PÓS-GRADUAÇÃO (ESPECIFICAR): _____; | |
| <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR): _____; | |

DOCUMENTOS ANEXADOS:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL; | <input type="checkbox"/> CARTEIRA PROFISSIONAL (MARRON); |
| <input type="checkbox"/> DIPLOMA; | <input type="checkbox"/> HISTÓRICO; |
| <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFICAR): _____; | |

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;