



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

SEDE: Rua Borja Peregrino, 318, Centro, João Pessoa, CEP: 58013-342
Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br
SECCIONAL CAMPINA GRANDE: Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Souza, 450, Sala 410
Estação Velha, CEP 58410-050, Campina Grande, Fone: (83) 3322-4424
SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, Nº 18 Cotton Shopping, Sala 06, Fone: (83) 3521-2216



Documentos para inscrição por transferência recebida

(Quando o profissional é transferido de outro CRF para o CRF/PB)

- Preencher Formulário de Inscrição de Pessoa Física;
- Certidão de Transferência emitida pelo CRF de Origem;
- Comprovante de Residência;
- RG; (Frente e verso)
- CPF; (Somente frente)
- Título de Eleitor; (Somente frente)
- Certidão de Casamento ou averbação, caso tenha ocorrido alteração do nome;
- Reservista (Masculino); (Somente frente)
- Diploma; (Frente e verso)
- Histórico escolar da Graduação;
- 02 Foto padrão 3X4 (evitar roupa branca);

Fotos coloridas com fundo branco, de frente e recentes. Não serão aceitas fotos digitalizadas ou reaproveitadas.

- Apresentar Carteira Marrom no CRF para anotação; - **OBRIGATÓRIO**
- Exame de Tipo Sanguíneo ou Carteirinha de doador de sangue;
- Pagamento do emolumento de Inscrição, Cédula e anuidade.

EMOLUMENTOS DE INSCRIÇÃO R\$145,23

EMOLUMENTOS DE CÉDULA R\$87,12

ANUIDADE PROPORCIONAL

ENVIAR SOLICITAÇÃO E DOCUMENTAÇÃO ATRAVÉS DO CRF EM CASA.



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

SEDE: Rua Borja Peregrino, 318, Centro, João Pessoa, CEP: 58013-342
Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br
SECCIONAL CAMPINA GRANDE: Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Souza, 450, Sala 410
Estação Velha, CEP 58410-050, Campina Grande, Fone: (83) 3322-4424
SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, Nº 18 Cotton Shopping, Sala 06, Fone: (83) 3521-2216



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:	
Naturalidade:		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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO DEFINITIVA DO FARMACÊUTICO; | <input type="checkbox"/> REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO; |
| <input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO PROVISÓRIA DE FARMACÊUTICO; | <input type="checkbox"/> REVALIDAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA |
| <input type="checkbox"/> REVALIDAÇÃO DE INSCRIÇÃO (ESTRANGEIROS) | <input type="checkbox"/> VISTO NO CRF-PB |
| <input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO DE TÉCNICO DE LABORATÓRIO | |
| <input type="checkbox"/> INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA | |
| <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE INSCRIÇÃO PROVISÓRIA PARA DEFINITIVA | |
| <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA DO CRF-_____ PARA O CRF-PB; | |
| <input type="checkbox"/> SOLICITAÇÃO DE INSCRIÇÃO REMIDA (65 anos completos, 30 anos de contribuição e está quite com CRF/PB). | |

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-PB 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:

1. ASSINATURA GIGITAL: (EX.: Certificado Digital ou Assinatura Eletrônica – Gov.br);
2. Todos os campos devem ser preenchidos em letra de forma ou legível e sem resural, ou digitalizado, e apresentar sempre via original.