

REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA

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

O(a) Profissional Farmacêutico(a):

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 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"/> 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;