



INSCRIÇÃO SECUNDÁRIA DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO/TE 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.

Diploma

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

Certidão para Efeito de Inscrição Secundária

Certidão fornecida pelo CRF de Origem que não possui em andamento nenhum processo de penalidades, de cobrança de anuidade ou multas, mencionando a atividade atual do profissional e razão social do estabelecimento ou nome da instituição, endereço e horário de assistência técnica

Carteira de Identidade Profissional

Para ser visada pelo Presidente do Conselho Regional.

Cédula de Identidade Profissional

É OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DA NOVA CÉDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL COM CHIP

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 com CEP.

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

Taxas Inscrição, Cédula e Anuidade.

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;