



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA



## INSCRIÇÃO PROVISÓRIA 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 Conclusão do Curso

Original com data de colação de grau, dispondo que o diploma encontra-se em fase de emissão ou registro, e a data da publicação no Diário Oficial da União do ato de reconhecimento do curso.

### Histórico Escolar

Original e cópia simples ou cópia autenticada. Caso o curso tenha sido iniciado em uma instituição e concluído em outra, deverá apresentar também o histórico da primeira instituição ou de todas as que estiverem envolvidas, porém, se no último histórico, constar resumo das matérias e as respectivas Faculdades/Universidades não necessitará a apresentação de todos os Históricos.

### Fotos

03 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, Cédula e Anuidade.

### ATENÇÃO:

- O farmacêutico ou técnico em laboratório com inscrição provisória terá exercício apenas na jurisdição do CRF onde está inscrito, sendo permitida a sua transferência com a manutenção do prazo da inscrição provisória no CRF de destino;
- Não será permitida a inscrição provisória de profissionais farmacêuticos ou técnico em laboratório estrangeiros.
- 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;