

## 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;