



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA



**TRANSFERÊNCIA DO CRF-PB PARA OUTRO REGIONAL  
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.

**Carteira de Identidade Profissional**

Carteira de Identidade Profissional para devidas anotações e posteriormente ser encaminhada junto com a Certidão de Transferência para o Regional de destino.

**ATENÇÃO:**

**Apresentação Da Nova Cédula De Identidade Com Chip**

É **OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DA NOVA CÉDULA DE IDENTIDADE COM CHIP**. Para se dar entrada em qualquer assunto junto ao CRF-PB

**Declaração Obrigatória de Baixa de Responsabilidade Técnica (Se existir alguma responsabilidade pendente)**

Original devidamente preenchido sem emendas ou rasuras e assinado.

**Taxas** Certidão de Transferência.

**ATENÇÃO:**

- **Para transferência do profissional, o mesmo deverá estar quites integralmente com sua anuidade, bem como outros débitos se houver.**
- O farmacêutico com inscrição provisória terá exercício apenas na jurisdição do CRF onde está inscrito, sendo permitida sua transferência com a manutenção do prazo da inscrição provisória no CRF de destino
- Se a solicitação de transferência for feita no CRF de destino, caberá a este encaminhar ao CRF de origem a solicitação de transferência no prazo de 10 dias. O CRF de origem deverá encaminhar a certidão de transferência ao CRF de destino, no prazo de 30 dias, a contar da data do recebimento da solicitação, salvo em caso de débitos
- Constará na certidão, texto em destaque informando que a validade da certidão é de 60 dias.
- Os documentos a serem apresentados, quando não redigidos no idioma oficial do país deverão estar acompanhados de cópia autenticada com tradução juramentada.

## 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;

**ANEXO I – DO REQUERIMENTO DE PESSOA FÍSICA**

**TERMO DE CIÊNCIA PARA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA  
DO CRF-PB PARA OUTRO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA**

No caso de existência de instauração de Processo Ético disciplinar em desfavor ao requerente, o trâmite de Transferência prosseguirá normalmente - conforme determina o Parecer 241/99, de 02/07/99, do CFF, porém, o profissional indiciado deverá atender à convocação de audiência da Comissão de Ética responsável pelo trâmite do respectivo Processo Ético Disciplinar.

A certidão de transferência terá validade de 60 dias a contar da data da expedição, caso a transferência não seja efetivada no CRF de destino a inscrição será reativada automaticamente no CRF de origem. Resolução 464/07 de 23/07/2007 – Capítulo III, Seção VII, art. 47.

	,	de	de
Cidade	Dia	Mês	Ano

---

**Assinatura do Farmacêutico(a)**

**DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA  
(PROFISSIONAL)**

Ao Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba - CRF-PB

Profissional Farmacêutico(a):

NOME: \_\_\_\_\_ Nº CRF/PF: \_\_\_\_\_

Comunico que a partir desta data de demissão, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, deixo de exercer a função de:

FARMACÊUTICO DIRETOR TÉCNICO:

FARMACÊUTICO ASSISTENTE TÉCNICO:

FARMACÊUTICO SUBSTITUTO:

FARMACÊUTICO PLANTONISTA:

FARMACÊUTICO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO, NO PERÍODO DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, À \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Junto a EMPRESA/ESTABELECIMENTO:

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_ Nº CRF/PJ: \_\_\_\_\_

NOME DE FANTASIA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO (UF): \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

E para comprovar, estou ANEXANDO os seguintes documentos:

Cópia da CTPS

Comprovante/Termo de Rescisão Contratual;

OUTROS (Especificar): \_\_\_\_\_

Outrossim, declaro que deixo esta responsabilidade técnica pelo seguinte motivo:


Sem mais para o momento, subscrevo-me.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Local e Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Farmacêutico(a)