



**CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE**  
**PERNAMBUCO**  
**Rua Amélia, 50 - Espinheiro - 52020-150 -**  
**Recife/PE**  
**PABX: (81) 3426-8540 | CNPJ: 09.822.982/0001-71**  
**www.crfpe.org.br | secretaria@crfpe.org.br**

|  |
|--|
| Protocolo N° _____<br>Data ____/____/____<br>_____ |
|--|

**REQUERIMENTO**

O(a) **Farmacêutico(a)/Técnico(a)**: \_\_\_\_\_ **CRF/PE**: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ **Bairro**: \_\_\_\_\_

**Município**: \_\_\_\_\_ **CEP**: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Fone**: \_\_\_\_\_ **E-mail**: \_\_\_\_\_

Vem requerer:

- |   |  |
|---|--|
| 01. ( ) Inscrição Definitiva \ Registro de Diploma    | 07. ( ) Justificativa de Falta à Eleição |
| 02. ( ) Inscrição por Transferência                   | 08. ( ) Alteração de Endereço            |
| 03. ( ) Alteração de Horário                          | 09. ( ) Transferência                    |
| 04. ( ) 2ª Via da Carteira de Identidade Profissional | 10. ( ) Inscrição Secundária             |
| 05. ( ) Inscrição Técnico em Laboratório              | 11. ( ) Outros                           |
| 06. ( ) Inscrição Provisória                          |  |

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

O(a) **Sócio/Proprietário(a)** : \_\_\_\_\_

**Razão Social**: \_\_\_\_\_ **CRF/PE**: \_\_\_\_\_

**Endereço**: \_\_\_\_\_ **Bairro**: \_\_\_\_\_

**Município**: \_\_\_\_\_ **CEP**: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **Fone**: \_\_\_\_\_ **E-mail**: \_\_\_\_\_

Vem requerer:

- |                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| 01. ( ) Alteração de Razão Social     | 05. ( ) Alteração de Endereço     |
| 02. ( ) Alteração de Horário          | 06. ( ) Cancelamento de Inscrição |
| 03. ( ) Alteração de Contrato Social  | 07. ( ) Suspensão de Atividade    |
| 04. ( ) Visto de Rescisão de Contrato | 08. ( ) Outros                    |

Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
**Profissional CRF-PE (\_\_\_\_\_)**

\_\_\_\_\_  
**Proprietário/Representante Legal**

\_\_\_\_\_  
**Depto. de Fiscalização CRF-PE**

\_\_\_\_\_  
**Presidente do CRF-PE**