



**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° _____ Data ____/____/____ _____
--

**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\_\_

_____ <b>Profissional CRF-PE (_____)</b>	_____ <b>Proprietário/Representante Legal</b>	_____ <b>Depto. de Fiscalização CRF-PE</b>
_____ <b>Presidente do CRF-PE</b>		



**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

**Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco.**  
**Venho requerer a Cédula de Identidade Profissional nos termos da Resolução CFF 428/2004.**

Nome:

Inscrição CRF-PE  
 Nº:

Nacionalidade:  (País)

Naturalidade:  UF:

Estado Civil:  1 - Solteiro(a) 5 - Viúvo(a)  
 2 - Casado(a) 6 - União Estável  
 3 - Divorciado(a) 7 - Outros  
 4 - Desquitado(a) 8 - Não Informado

Data Conclusão:  /  /  Conclusão do Curso

Instituição de Ensino  
 Diplomado pela:

Grupo Sanguíneo:  Fator Rh:  1 - Positivo / 2 - Negativo Doador de órgãos:  1 - Sim / 2 - Não

Endereço Residencial:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:  UF:

Cep:  -  F.Residencial:  -

Celular:  -  F.Comercial:  -

E-mail:

Dados biométricos (**Preencher presencialmente no ato da solicitação**)

Foto 3 X 4 recente  
 com fundo branco

Impressão digital do  
 dedo polegar  
 Pousada exatamente  
 dentro do campo com  
 tinta preta

Assinatura da Carteira

Assinar no espaço delimitado, com caneta preta ou azul de ponta grossa.

As informações prestadas pelo profissional deverão ser completas, exatas, precisas e verdadeiras, e este assume o compromisso de atualizar seus dados sempre que houver alguma alteração, bem como toda e qualquer responsabilidade relativa às informações prestadas. Os profissionais garantem e respondem, em qualquer caso, pela veracidade, exatidão e autenticidade dos dados informados.

Local

Data

Assinatura