



Formulário I

IlmoSr.
Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro

Cat.	Processo
Data	
Funcionário	

Atenção

**Todos os campos deverão ser preenchidos de forma legível ou em letra de forma.
Não será aceito formulário fora do padrão, desconfigurado, com rasuras ou emendas.**

Nome: _____	Nº CRF RJ: _____
Endereço: _____	Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Cel: _____	Tel: _____
E-mail: _____	
Estado Civil: _____	CPF: _____ Naturalidade: _____
Tipo Sanguíneo: (A) (B) (AB) (O) Fator RH: () Positivo () Negativo Doador de órgãos e tecidos: () Sim () Não	

Requer, nos termos da Lei 3820, de 11/11/1960 e da Resolução CFF 638 de 24/03/2017:

Inscrição/Reabertura:

Obs: Profissional já teve inscrição em outro CRF? () Não () Sim - Qual? _____

<input type="checkbox"/>	Provisória (12 meses)	<input type="checkbox"/>	Definitiva	<input type="checkbox"/>	Provisória para definitiva
<input type="checkbox"/>	Renovação de provisória				
<input type="checkbox"/>	Reabertura: () Renovação de provisória () Por transferência () Definitiva				

Nº Protocolo

Diversos:

<input type="checkbox"/>	Averbação de habilitação: _____
<input type="checkbox"/>	Averbação de especialização: _____
<input type="checkbox"/>	Mudança de nome: () Casamento () Divórcio () Outros
<input type="checkbox"/>	2º via de Carteira de Identidade Profissional
<input type="checkbox"/>	Inscrição Remida
<input type="checkbox"/>	Farmacêutico militar: () Inclusão () Exclusão
<input type="checkbox"/>	Atualização de cadastro residencial, conforme declarado acima
<input type="checkbox"/>	Outros: _____

Transferência/Secundária/ Temporário:

<input type="checkbox"/>	Inscrição por transferência: do CRF _____ para o CRF _____
<input type="checkbox"/>	Inscrição Secundária no CRF _____
<input type="checkbox"/>	Reativação da inscrição por transferência do CRF _____
<input type="checkbox"/>	Exercício temporário por até 90 dias. CRF _____

**No caso de existência de Processo Ético Disciplinar, este continuará sem interrupção nos termos da Resolução CFF 596/14.
A certidão de transferência terá validade de 60 dias a contar da data da sua emissão.**

- () Desejo retirar a certidão de transferência/Secundária no CRF RJ.
() Desejo que encaminhe a certidão para o CRF de destino.

Declaro que estou ciente de que, na ocorrência de declaração falsa no presente documento, sujeitar-me-ei à ação criminal pelo cometimento de crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e falta ética prevista no artigo 18, inciso II do Código de ética da Profissão Farmacêutica.

Declaro, ainda, estar em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como, ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por minha conduta pública (Lei 6868,03/12/1980).

Nestes Termos, peço deferimento:

Rio de Janeiro, _____ / _____ / _____.

Assinatura do Requerente

CheckList

Inscrição/Reativação:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Formulário preenchido e assinado |
| <input type="checkbox"/> | 2 – _____Fotos 3x4 iguais e atuais |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Certidão/Declaração do estabelecimento de ensino informando data de conclusão do curso – Resolução CFF 638/2017 |
| <input type="checkbox"/> | 4 – Diploma original |
| <input type="checkbox"/> | 5 – Cópia do diploma |
| <input type="checkbox"/> | 6 – Comprovante do ato de reconhecimento/renovação do curso |
| <input type="checkbox"/> | 7 – Histórico escolar |
| <input type="checkbox"/> | 8 – Carteira de Identidade |
| <input type="checkbox"/> | 9 – CPF |
| <input type="checkbox"/> | 10 – Título de eleitor |
| <input type="checkbox"/> | 11 – Certificado de Reservista ou dispensa da incorporação atualizada |

Diversos:

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Formulário preenchido e assinado |
| <input type="checkbox"/> | 2 – _____Fotos 3x4 iguais e atuais |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Carteira profissional (marrom ou cinza) |
| <input type="checkbox"/> | 4 – Declaração de estágio |
| <input type="checkbox"/> | 5 – Certificado original de especialização |
| <input type="checkbox"/> | 6 – Cópia do certificado de especialização |
| <input type="checkbox"/> | 7 – Certidão de casamento/averbação de divórcio/outros |
| <input type="checkbox"/> | 8 – Declaração que comprove condição de farmacêutico militar, ativo e no quadro de saúde ou o seu desligamento (exclusão). |
| <input type="checkbox"/> | 9 – Profissional quite com o CRF (inscrição remida) |
| <input type="checkbox"/> | 10 – Profissional com idade mínima de 65 anos (inscrição remida) |

Transferência/Secundária/ Temporário:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1 – Formulário preenchido e assinado |
| <input type="checkbox"/> | 2 – _____Fotos 3x4 iguais e atuais |
| <input type="checkbox"/> | 3 – Carteira profissional (marrom) |
| <input type="checkbox"/> | 4 – Certidão de transferência/Secundária expedida pelo Regional de origem |
| <input type="checkbox"/> | 5 – Cópia do diploma |
| <input type="checkbox"/> | 6 – Carteira de identidade |
| <input type="checkbox"/> | 7 – CPF |
| <input type="checkbox"/> | 8 – Título de eleitor |
| <input type="checkbox"/> | 9 – Certificado de Reservista ou dispensa da incorporação atualizada |

Obs.: _____

Estou ciente que providenciarei o pagamento da(s) taxa(s) dentro do prazo de vencimento, sob pena de arquivamento do meu processo e conseqüente pagamento de taxa de reabertura.

Rio de janeiro, ____/____/____

Assinatura do requerente

Assinatura do funcionário

Para preenchimento exclusivo pelo CRF RJ

Do: Serviço de Secretaria Para: Plenário

Encaminhar inscrição para aprovação pelo Plenário Sim Não

Para que possamos encaminhar o processo para aprovação pelo Plenário o(a) requerente deverá:

Rio de janeiro, ____/____/____

Assinatura do funcionário