



**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 | [crfpe@crfpe.org.br](mailto:crfpe@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\_\_

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

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

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

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



**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 | [crfpe@crfpe.org.br](mailto:crfpe@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:  1 - Sim / 2 - Não

Endereço Residencial:  Logradouro, número e complemento

Bairro:

Cidade:  UF:

Cep:  -  F.Residencial:  -

Celular:  -  F.Comercial:  -

E-mail:

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

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

Foto 3 X 4 recente  
com fundo branco

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