



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

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. () Alteração de Endereço |
| 02. () Inscrição por Transferência | 08. () Transferência |
| 03. () Alteração de Horário | 09. () Inscrição Secundária |
| 04. () 2ª Via da Carteira de Identidade Profissional | 10. () Outros |
| 05. () Inscrição Técnico em Laboratório | 11. () Visto de Rescisão de Contrato |
| 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 | 06. () Cópia de Auto de Infração |
| 02. () Alteração de Horário | 07. () Alteração de Endereço |
| 03. () Alteração de Contrato Social | 08. () Cancelamento de Inscrição |
| 04. () Visto de Rescisão de Contrato | 09. () Suspensão de Atividade |
| 05. () Cópia de Processo Administrativo | 10. () Outros |

Observações: _____

_____, ____ de _____ de 20____

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