



FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DIVERSO

Ilmo (a). Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Ceará - CRF-CE

Nome ou Razão social		Nº CRF/CE	Nº CRF/CE EMPRESA:
Endereço:			
Celular: ()	Cidade:	CEP	UF
Bairro:			
E-mail: (EM LETRA DE FORMA):			

Declaro, sob as penas da lei, que os dados abaixo são verdadeiros.

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 nº 6868, 03/12/1980).

Casamento: anexar a Certidão de casamento; divórcio: anexar Certidão de casamento com averbação do divórcio.

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino: (pode marcar mais de 01 item)

- Prorrogação de Cédula de Identidade Provisória (entregar Declaração que o diploma está em processo de confecção)
- 1ª Via - Cédula de Identidade Profissional
- 2ª Via - Cédula de Identidade Profissional (obrigatório Boletim de Ocorrência)
- 2ª Via – Carteira de Identidade Profissional (obrigatório Boletim de Ocorrência)
- Alteração de Nome, estado civil, email, entre outros
- Solicitação de Inscrição Remida (65 anos completos, quite com CRF/CE e 30 anos de contribuição com CRF/CE)
- Análise de Cursos de Vacinação, Ozonioterapia entre outros Homologados pelo CFF.
- Análise de pós – graduações
- Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde – PGRSS
- Outros:

DOCUMENTOS ANEXADOS

- Carteira de identidade (marrom)
- Cédula de Identidade
- Cédula de Identidade Provisória
- Declaração da Faculdade que o Diploma está em Confecção
- Certificado de pos graduação e/ou Cursos

Local _____, Data ____/____/____

Assinatura do requerente