



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ**  
**TELEFAX: (91) 3239-9510 / FONE: (91) 3239-9500**  
**E-MAIL: [crfpa@crfpa.org.br](mailto:crfpa@crfpa.org.br)**  
**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE AVERBAÇÃO DE DIPLOMAS**

Nome: \_\_\_\_\_

Nº Inscrição: \_\_\_\_\_ Fone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Formado na graduação do curso de farmácia, com colação em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.(dia mês e ano).

Vem requerer, na data presente, o apostilamento do certificado de: ( ) Especialista ( ) Mestrado ( )  
Doutorado, na área pretendida, considerando as resoluções vigentes do Conselho Federal de Farmácia, mais  
especificamente no curso de pós-graduação intitulado: \_\_\_\_\_

Ofertado e organizado pela instituição de ensino: \_\_\_\_\_

Certificado pela instituição (faculdade, universidade, centro universitário, outros): \_\_\_\_\_

Modalidade da pós-graduação: ( ) Presencial ( ) EAD

Data de início da pós-graduação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.(dia mês e ano).

Data do término da pós graduação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.(dia mês e ano).

Local: \_\_\_\_\_.(Cidade/Estado)

Endereço das aulas realizadas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(Rua, Av., complemento)

"Ao requerer o registro de título de pós-graduação, DECLARO que são verídicas todas as informações acima declaradas, bem como ter ciência dos critérios e normativas da Resolução CNE/CES nº 01/2018, os quais devem ser atendidos pelas instituições de ensino que ofertam cursos de pós-graduação e, ainda, da possibilidade de responsabilização penal em caso de falsas informações, nos termos do Decreto-Lei N. 2.848, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1940 (Código Penal)."

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_