



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ - CRF PA  
AV. ALMIRANTE BARROSO 788 – MARCO | CEP: 66090-000 BELEM – PARÁ  
TELEFONE: (91) 3249-3005 | (91) 3239-9500 | crfpa@crfpa.org.br

**Atenção: Todos os campos devem ser preenchidos (letra de forma ou legível)  
e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e completados à caneta**

### REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Pará, pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino (Lei 3.820/60).

Eu, \_\_\_\_\_  
farmacêutico(a) inscrito(a) no CRF PA, sob o n° \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar a V. Sa. o cancelamento de minha inscrição profissional por (motivo): \_\_\_\_\_

#### Informações

a) Por que está deixando de exercer a profissão?

\_\_\_\_\_

b) Em que área atuava?

\_\_\_\_\_

c) Quanto tempo exerceu a profissão?

\_\_\_\_\_

d) O cancelamento solicitado é definitivo ou temporário?

\_\_\_\_\_

e) Qual a sua opinião sobre a profissão?

\_\_\_\_\_

f) Atua ou atuou em magistério superior? Caso afirmativo em que instituição e qual os conteúdos ministrados?

\_\_\_\_\_

g) Atua ou atuou no serviço público? Qual a função que exerce ou exerceu?

\_\_\_\_\_

h) Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia na atividade que realiza atualmente?

\_\_\_\_\_

Declaro, sob as penalidades legais, que as informações acima são verdadeiras:

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

Assinatura do Requerente

Documentos Conferidos

Assinatura do(a) funcionário(a) CRF