



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 formulário fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e completados à caneta**

### REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE PESSOA FÍSICA

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

- Inscrição Provisória     Inscrição Por Transferência     Inscrição Secundária     Inscrição Secundária  
 Inscrição Definitiva     Inscrição de Técnico     Inscrição Remida     Inscrição Por Visto

Nome: \_\_\_\_\_ N°CRF: \_\_\_\_\_

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

Observação: Exclusivo para quem possui nome social registrado no nome civil.

Endereço: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Reservista: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

( ) Não consta

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

( ) Não consta

Tipo Sanguíneo: A ( ) B ( ) AB ( ) O ( ) Fator RH: Positivo ( ) Negativo ( )

Doador de órgãos e tecidos: ( ) Sim ( ) Não

Declaro que concluí o Curso de Farmácia na Instituição: \_\_\_\_\_

Campus de \_\_\_\_\_, localizado na cidade de \_\_\_\_\_

tendo colado grau na data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Declaro, que estou ciente de que na ocorrência de declaração falsa no presente documento, sujeitar-me-ei à ação criminal pelo cometimento de crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e falta ética prevista no artigo 18, inciso II do Código de ética da Profissão Farmacêutica.

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 6868, 03/12/1980).

Neste ato, e para todos os efeitos específicos neste requerimento declaro, como TITULAR, estar ciente e de acordo em disponibilizar e autorizar o CRF/PA, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/PA decorrem de uma obrigação legal prevista na Resolução CFF nº 14/2024 ou aquela que vier substituir, Lei nº 3820/1960 e artigos 5º inciso IV; 7º inciso II; 9º; 18º e 23º inciso I, todos da Lei 13709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD).

Nestes termos, peço deferimento:

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

Assinatura do Requerente

Documentos Conferidos

Assinatura do(a) funcionário(a) CRF