



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ - CRF PA
AV. JOSÉ BONIFÁCIO, 295 – FÁTIMA | CEP: 66090-363 BELÉM – PARÁ
TELEFONE: (91) 3349-3005 | 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).

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inscrição Provisória | <input type="checkbox"/> Inscrição Por Transferência | <input type="checkbox"/> Inscrição Secundária | <input type="checkbox"/> Inscrição Reativada |
| <input type="checkbox"/> Inscrição Definitiva | <input type="checkbox"/> Inscrição de Técnico | <input type="checkbox"/> Inscrição Remida | <input type="checkbox"/> 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 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:

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Requerente

Documentos Conferidos

Assinatura do(a) funcionário(a) CRF