



Nº Protocolo Geral

Formulário 1

Ilmo Sr.
 Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro

Formulário de Inscrição/ Reativação Pessoa Física

Atenção

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível ou em letra de forma.
 Não será aceito formulário fora do padrão, desconfigurado, com rasuras ou com complementação à caneta.

Nome: _____	Nº CRF-RJ: _____
Endereço: _____	Nº _____ Compl. _____
Bairro: _____	Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____
E-mail: _____	Tel: _____ Cel: _____
Data de Nascimento: _____	Estado Civil: _____ Naturalidade: _____
Nacionalidade: _____	CPF: _____ Reservista: _____
RG: _____	Orgão Expedidor: _____ Data de Expedição: _____
Título de Eleitor: _____	Zona: _____ Seção: _____ Estado: _____
Nome do Pai: _____	
Nome da Mãe: _____	
Tipo Sanguíneo: A () B () AB () O () Fator RH: Positivo () Negativo ()	
Doador de órgãos e tecidos: () Sim () Não	

Requer, nos termos da Lei 3820, de 11/11/1960 e da Resolução CFF 638 de 24/03/2017: .

- Inscrição Provisória Inscrição Definitiva Inscrição Provisória para Definitivo
- Renovação de Provisório Reativação da Inscrição por: () Renovação de provisória () Definitiva

Obs: Profissional já teve inscrição em outro CRF ? () Sim () Não Especifique: CRF- _____

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/RJ, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/RJ decorrem de uma obrigação legal prevista na Resolução CFF nº 638/2017 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). O período de armazenamento e eliminação observarão os dispositivos na Portaria nº 1331/2021, disponível no Portal da Transparência - Atos Normativos.

Nestes Termos, peço deferimento:

Rio de Janeiro, _____ de _____ de _____.

 Assinatura do Requerente



Check List – Formulário de Inscrição / Reativação Pessoa Física

Inscrição Provisória		Inscrição Definitiva	
<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Técnico

	SIM	NÃO
1- Requerimento preenchido e assinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- _____Fotos 3x4 iguais e atuais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Declaração de Fator RH E Grupo Sanguíneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Certidão/ Declaração do Estabelecimento de Ensino informando data de conclusão do curso – Res.CFF 638/2017	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Diploma original	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Diploma cópia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Comprovante do ato do reconhecimento/ renovação do curso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Histórico Escolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Carteira de identidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 – CPF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Título de eleitor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Certificado de Reservista ou Dispensa da Incorporação atualizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obs: _____

Estou ciente de que providenciarei o pagamento da(s) taxa(s) dentro do prazo de vencimento, sob pena de arquivamento do meu processo e consequente pagamento de taxa de reabertura.

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Requerente

Do: Serviço de Registro Para: Serviço de Secretaria
Documentos conferidos por:

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Funcionário

Do: Serviço de Secretaria Para: Plenário

Encaminhar inscrição para aprovação pelo Plenário

Sim Não

Para que possamos encaminhar o processo para aprovação pelo Plenário o(a) requerente deverá:

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do Funcionário