



## Formulário 2

Ilmo Sr.

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro

### Formulário de Solicitações Diversas

#### Atenção

Todos os campos deverão 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: _____                 | NºCRF-RJ: _____                     |
| Endereço: _____ N° _____    | Compl. _____                        |
| Bairro: _____ Cidade: _____ | Estado: _____ Cep: _____            |
| E-mail: _____               | Tel: (____) _____ Cel: (____) _____ |

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

- Averbação de Habilitação: \_\_\_\_\_
- Averbação de Especialização: \_\_\_\_\_
- Averbação de Mestrado / Doutorado: \_\_\_\_\_
- Mudança de nome ( ) **Casamento** ( ) **Divórcio** ( ) **Outros**
- Atualização de cadastro, conforme declarado acima.
- 2° via de **Carteira de Identidade Profissional**
- 2° via de **Cédula com chip + Requerimento p/ cédula em formato novo.**
- Inscrição **Remida.**
- Farmacêutico militar ( ) **Inclusão** ( ) **Exclusão**

| NºProtocolo |
|-------------|
|             |
|             |
|             |
|             |
|             |
|             |
|             |
|             |
|             |

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 – Solicitações Diversas

### Documentos Recebidos

|   | 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- Carteira Profissional (marrom ou cinza)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4- Declaração de Estágio  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5- Certificado original de Especialização   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6- Certificado de Especialização cópia  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7- Certidão de Casamento / averbação de divórcio / outros   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8- Requerimento para cédula em formato novo assinado (chip)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9- Declaração que comprove condição de farmacêutico militar, ativo e no quadro de saúde ou o seu desligamento, no caso de exclusão. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10- Profissional quite com o CRF-RJ (inscrição remida)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11- Profissional com idade mínima de 65 anos (inscrição remida)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Obs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estou ciente de que providenciarei o pagamento da(s) taxa(s) dentro do prazo de vencimento.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente

Do: Serviço de Registro    Para: Serviço de Secretaria

Documentos conferidos por:

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Funcionário