



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



## DIVERSOS

Sr.(a) Presidente do CRF/SE – Conselho Regional de Farmácia de Sergipe

O (A) requisitante \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) neste CRF/SE, sob o n° \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a)  
à \_\_\_\_\_ no Município  
de \_\_\_\_\_, vem requerer a V.S<sup>a</sup>, conforme documentos em anexos, que seja  
concedido:

- ( ) Baixa de Responsabilidade Técnica da Firma \_\_\_\_\_;
- ( ) Renovação de Certidão de Regularidade da firma \_\_\_\_\_  
Com horário de assistência das \_\_\_\_\_;
- ( ) Aviso de Férias \_\_\_\_\_;
- ( ) Inscrição Provisória de Profissional Farmacêutico;
- ( ) Inscrição de Profissional Farmacêutico PERMANENTE;
- ( ) Inscrição Secundária no CRF/SE, com definitiva no CRF/ \_\_\_\_\_;
- ( ) Inscrição secundária para o CRF/ \_\_\_\_\_;
- ( ) Inscrição do Profissional Farmacêutico transferido do CRF \_\_\_\_\_;
- ( ) Expedição de Transferência para o CRF \_\_\_\_\_;
- ( ) Expedição de 2º via da Carteira do profissional Farmacêutico;
- ( ) Expedição de Cédula de Identidade Profissional;
- ( ) Expedição da inscrição provisória (mais 12 meses)
- ( ) Expedição da 2ª via da Cédula Identidade Profissional;
- ( ) Certidão de Habilitação Técnico-Profissional \_\_\_\_\_;
- ( ) Declaração de Regularidade do estabelecimento junto ao CRF/SE \_\_\_\_\_;
- ( ) Alteração referente à \_\_\_\_\_;
- ( ) Registro de firma ou estabelecimento público \_\_\_\_\_;
- ( ) Outros: \_\_\_\_\_

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

Neste Termos,  
Pede Deferimento.

Aracaju (SE), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

**ASSINATURA DO FARMACÊUTICO**