

**CRF/MG****Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais****REQUERIMENTO PARA INSCRIÇÃO DE PROFISSIONAL****PROFISSIONAIS**

- Farmacêutico (Inscr. Provisória)  
 Farmacêutico (Inscr. Secundária)  
 Técnico de Laboratório

- Farmacêutico (Inscr. Definitiva)  
 Farmacêutico (Transferência)  
 Farmacêutico Militar

**Preenchido pelo CRF-MG**

Número de Inscrição: \_\_\_\_\_

Data de Protocolo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Requerente: \_\_\_\_\_

Endereço Res.: Rua (Av): \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_ Aptº \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ -

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ (M – masculino/ F – feminino)

**POSSUI INSCRIÇÃO OU JÁ POSSUIU INSCRIÇÃO EM OUTRO REGIONAL?**  Não  Sim Qual? CRF \_\_\_\_\_

Dados Pessoais:

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

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Estado : \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Grupo Sanguíneo e Fator RH: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_ Data da expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título Eleitoral: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_ Seção: \_\_\_\_\_

Certificado Militar: \_\_\_\_\_ É doador de Órgão: \_\_\_\_\_

Telefone: Residencial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Comercial (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fax (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Recado (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Outros (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Home page \_\_\_\_\_

**Preencha o quadro a seguir de acordo com a sua formação e em ordem cronológica**

Título: \_\_\_\_\_

Data Colação de Grau/Conclusão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tipo de Certificado: ( ) Graduação Universitária

( ) Técnico 2º Grau

Instituição de Ensino: \_\_\_\_\_

**Declaro para os devidos fins e em especial perante o CRFMG não estar impedido de exercer a profissão.****Caso seja verificada em qualquer tempo a constatação de falsidade das informações prestadas, declaro estar ciente das penalidades administrativas e criminais a que estou sujeito.**\_\_\_\_\_  
Local e Data\_\_\_\_\_  
Assinatura do Requerente