

# FORMULÁRIO Nº 7

## SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

## REQUERIMENTO DE CERTIDÕES – PESSOA FÍSICA

**Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP**

### Dados do **PROFISSIONAL**

Nome:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Cel.:	E-mail:	

### **Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:**

Certidão para fins de Aposentadoria

Certidão de Habilitação

Certidão Negativa de Débito - Pessoa Física

Certidão de Regularidade Profissional

Certidão de Equivalência Fora do País. Vias. Lacrada? Sim Não

Certidão para fins de Inscrição Secundária em outro Regional. Descreva o Estado: \_\_\_\_\_

Certidão para fins de Visto em outro Regional

Certidão para Anotação da Atividade Profissional Farmacêutica- AAPF

Outros, (especificar): "aaa0

Nestes termos, peço deferimento.

_____	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do farmacêutico / representante legal

\_\_\_\_\_  
Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário