

**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO AMAPÁ**

**CRF-AP**

|  |
| --- |
| REQUERIMENTO DIVERSOS |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo:** | | | | | | **Nº CRF** |
| **Endereço :** | | | | | | |
| **Bairro:** | | | **Cidade:** | **CEP:** | | **UF** |
| **Telefones** | **Res.** | | **Trabalho:** | Celular ( ) | | |
| **E-mail:** | | | | | | |
| **Pessoa física** | | | | | **Pessoa jurídica** | |
| Anotação/apostilamento de habilitação | | Solicitação para participar de reunião plenária ( ) | | | Alteração de razão social ( ) | |
| Anotação/apostilamento de atividade profissional do farmacêutico (AAPF)( ) | | Solicitação para participar de reunião das Comissões Técnicas | | | Alteração do capital social ( ) | |
| Alteração de Endereço ( ) | | Solicitação de Reunião com a Diretoria ( ) | | | Alteração do ramo atividade ( ) | |
| Anotação/alteração de Nome ( ) | | Transferência do CRF – AP para o CRF\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Alteração no contrato social-sócios ( ) | |
| Alteração de Inscrição Definitiva para Remida( ) | | Transferência do CRF \_\_\_\_\_\_\_\_ para o CRF-AP. | | | Alteração nome de fantasia ( ) | |
| Cancelamento de inscrição P. Física ( ) | | Solicitação para participar de reunião plenária ( ) | | | Alteração endereço ( ) | |
| Carteira profissional ( ) | |  | | | Alteração Horário RT ( ) | |
| Carteira Profissional 2ª via ( ) | |  | | | Cancelamento de registro ( ) | |
| Cédula de identidade profissional ( ) | |  | | | Certidão de regularidade ( ) | |
| Cédula de identidade profissional 2ª via ( ) | |  | | | Certidão de regularidade – renovação ( ) | |
| Certidão Negativa de Débito - Pessoa Física ( ) | |  | | | Certidão negativa de débito ( ) | |
| Declaração ( ) | |  | | | Declaração ( ) | |
| Inscrição de estrangeiros ( ) | |  | | | Parcelamento de débito ( ) | |
| Inscrição remida ( ) | |  | | | Recurso ao CFF ( ) | |
| Inscrição secundária ( ) | |  | | | Solicitação de assistência técnica ( ) | |
| Justificativa de ausência de eleição( ) | |  | | | Solicitação de responsabilidade técnica ( ) | |
| Justificativa de Ausência do estabelecimento ( ) | |  | | | Solicitação de visto na alteração de contrato ( ) | |
| Registro de Diploma ( ) | |  | | | **Substituição do Responsável Técnico ou Assistente ( )** | |
| Parcelamento de Anuidade ( ) | |  | | |  | |
| Recurso ético ( ) | |  | | |  | |
| Recurso ao CFF ( ) | |  | | |  | |
| Solicitação de informações ( ) | |  | | |  | |
| **OUTROS** | | | | | | |
| **SOLICITO CERTIDÃO DE OFICIO, CONFORME ART. 10, ALÍNEAS A, B e C DA RESOLUÇÃO N.º 690/2020, DO CFF** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Macapá, \_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2021 | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Requerente | | | | | | |