

**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 |