FORMULÁRIO Nº 34

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.
- Em caso de recurso com apresentação de atestado, é imprescindível a observância da Deliberação nº 21/2016 do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÕES DIVERSAS – 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:	Celular:	E-mail:	

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

- ☐ Comunicado de Ausência por tempo indeterminado — Nº CRF-PJ ou CNPJ:
- ☐ Recurso Ético:
- ☐ Resposta de Ofício Nº
- ☐ Pedido de Parcelamento
- ☐ Recurso ao CFF
- ☐ Vistas ao Prontuário ☐ Solicitação ☐ Retirada
- ☐ Solicitação de Visto no CRF - SP (para esta solicitação informar RG e CPF abaixo)

  RG: CPF

- ☐ Outros (descrever):

, de de

Cidade Dia Mês Ano

Documentos conferidos por:

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Assinatura do funcionário

Alterado em 01/12/2022

REQUERIMENTO

Obs: No caso de representante, anexar procuração.

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Alterado em 01/12/2022