



**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

## Instruções para o preenchimento do Formulário 12

O Formulário 12 deve ser preenchido pelo coordenador do curso de farmácia da Instituição de Ensino Superior (IES), que desejar firmar parceria com o CRF-SP no projeto “IES Parceira do CRF-SP”.

### FORMULÁRIO Nº 12

Nº  
Func.

#### SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos à caneta (com letra de forma ou legível) OU digitados.
- Não serão aceitos formulários desconfigurados, rasurados, nem digitados com complemento à caneta.

### REQUERIMENTO – IES Parceira do CRF-SP

#### Imo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Nome da Instituição:			
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Cep:	Fone: ( )	E-mail:	
Nome do Coordenador do curso:			Nº CRF:

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Participação no projeto IES Parceira

Renovação da participação no projeto IES Parceira

Indicação da participação do docente em evento da área da Educação promovido pela CAEF e/ou no Congresso Paulista de Farmacêuticos:

Nome:	Nº CRF:	
Evento:	Data:	Município:

Nestes termos, peço deferimento.

	de	de	
Cidade	Dia	Mês	Ano

Assinatura do coordenador / representante legal	Documentos conferidos por:
Carimbo e / ou nome legível	Assinatura do funcionário

Para uso da Secretaria dos Colaboradores:

As informações e/ou documentos **não** atendem aos requisitos do Projeto IES Parceira do CRF-SP.

Retornar para a IES solicitante.

As informações e/ou documentos **atendem** aos requisitos do Projeto IES Parceira do CRF-SP.

Encaminhar ao Departamento Jurídico para elaboração do Termo de Parceria.

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário



Na parte superior do formulário há instruções em relação ao preenchimento do formulário e a parte dos dados da IES requerente:

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

Nome da Instituição: <b>1</b>			
Endereço: <b>2</b>		Nº: <b>3</b>	Compl. <b>4</b>
Bairro: <b>5</b>	Cidade: <b>6</b>		Estado: <b>7</b>
Cep: <b>8</b>	Fone: ( ) <b>9</b>	E-mail: <b>10</b>	
Nome do Coordenador do curso: <b>11</b>			Nº CRF: <b>12</b>

- 1 – Nome da Instituição:** Preencher o nome completo da IES;
- 2 – Endereço:** Preencher o endereço residencial da IES;
- 3 – Nº:** Preencher o número do endereço da IES;
- 4 – Compl.:** Preencher o complemento do endereço, (bloco, lote ou alguma outra informação). Se não houver, deixar em branco;
- 5 – Bairro:** Preencher o bairro do endereço da IES;
- 6 – Cidade:** Preencher a cidade do endereço da IES;
- 7 – Estado:** Preencher o Estado do endereço da IES;
- 8 – CEP:** Preencher o CEP do endereço da IES;
- 9 – Fone:** Preencher o número de telefone da IES;
- 10 – E-mail:** Preencher o e-mail de contato da IES.
- 11 – Nome do Coordenador do Curso:** Inserir o nome do coordenador do curso de farmácia da IES que está requerendo a parceria com CRF.
- 12 – Nº CRF:** Número do CRF do coordenador do curso.

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

<b>1</b> Participação no projeto IES Parceira	
<b>2</b> Renovação da participação no projeto IES Parceira	
Indicação da participação do docente em evento da área da Educação promovido pela CAEF e/ou no Congresso Paulista de Farmacêuticos:	
Nome: <b>3</b>	Nº CRF: <b>4</b>
Evento: <b>5</b>	Data: <b>6</b> Município: <b>7</b>

Na segunda parte deste formulário, o coordenador do curso de farmácia assinala se deseja firmar a parceria ou renová-la, de acordo com os campos explicados a seguir.

- 1 – Participação no projeto IES Parceira:** Neste campo a IES requerente solicita a participação no projeto IES Parceira.



**2 – Renovação da participação no projeto IES Parceira:** Neste campo a IES parceira solicita a renovação no projeto IES Parceira.

Nos itens de 3 até 7, o coordenador do curso de farmácia deverá informar a participação de um docente da IES em eventos da área de educação promovidos pela CAEF (Comissão Assessora de Educação Farmacêutica) e/ou no Congresso Farmacêutico do Estado de São Paulo. A participação de um docente da IES em algum desses eventos é pré-requisito para a realização da parceria.

- 3 – Nome:** Preencher o nome do farmacêutico docente indicado pela IES;
- 4 – Nº CRF:** Preencher o número do CRF do docente indicado;
- 5 – Evento:** Preencher o evento no qual este docente será indicado;
- 6 – Data:** A data de realização do Evento;
- 7 – Município:** o município no qual será realizado o evento.

Nestes termos, peço deferimento.

**1**

	,	de	de	
Cidade		Dia	Mês	Ano

**2**

	Documentos conferidos por:
Assinatura do coordenador / representante legal	<b>3</b>
Carimbo e / ou nome legível	Assinatura do funcionário

Nesta parte do formulário, o coordenador do curso de farmácia deverá assinar e informar a data e local.

**1 – Cidade e Data:** Neste campo o requerente deve colocar a data do preenchimento do formulário e a cidade. Não são aceitos formulários em que a data seja futura à sua apresentação.

**2 – Assinatura do coordenador/representante legal:** É o campo onde o coordenador do curso de farmácia deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

**3 – Documentos conferidos por:** Este campo deve ser assinado pelo funcionário do CRF que realizou a análise dos documentos referentes ao procedimento solicitado. Quando o funcionário assina o documento, ele atesta que a documentação apresentada está de acordo com os procedimentos do CRF.



A última parte do formulário é de uso exclusivo da Secretaria dos Colaboradores do CRF-SP (SECOL).

**Para uso da Secretaria dos Colaboradores:**

- 1** As informações e/ou documentos **não** atendem aos requisitos do Projeto IES Parceira do CRF-SP.  
Retornar para a IES solicitante.
- 2** As informações e/ou documentos **atendem** aos requisitos do Projeto IES Parceira do CRF-SP.  
Encaminhar ao Departamento Jurídico para elaboração do Termo de Parceria.

Documentos conferidos por:
<b>3</b>
Assinatura do funcionário