





**CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
 Rua Amélia, 50 - Espinheiro - 52020-150 - Recife/PE  
 PABX: (81) 3426-8540 | CNPJ: 09.822.982/0001-71  
[www.crfpe.org.br](http://www.crfpe.org.br) | [crfpe@crfpe.org.br](mailto:crfpe@crfpe.org.br)

**Ilmo. Sr.**

**PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO PE/CRF**

**Nome:**.....

**Nacionalidade:**.....**Naturalidade:**.....**Estado:**.....

**Nascido em** ..... **de** ..... **de** ..... **Estado Civil:** .....

**Filho de :** .....

**e de :** .....

**Formado pela Faculdade :**.....

**No ano de** ..... **conforme :** .....

**Registrado no Ministério da Educação e cultura sob o N.º** .....

**Livro** ..... **Folha** ..... **em** ..... **e no**

**Departamento de Saúde Pública de :** ..... **Pág. :** .....

**Livro** ..... **Em** .....

**Carteira de Identidade N.º** ..... **Série**..... **Categoria**.....

**Carteira de Identidade Modelo 19 N.º** ..... **Reg. N.º**.....

**Certificado de Reservista N.º** ..... **Série** ..... **Categoria** .....

**Ministério** ..... **Tít. Eleitor N.º** ..... **Zona** ..... **Seção**

..... **Estado** .....

**Endereços:**

**Profissional :** .....

**Particular :** .....

**Firma :** ..... **Caixa Postal** ..... **Fone :** .....

**Localidade :** ..... **Estado :** .....

**Atividade Principal :** .....

**Outras Atividades :** .....

**Quando Senhora Casada : Certidão de Casamento :** .....

**Quando Oficial de Farmácia Licenciado ou Provisionado; Atividade Autorizada por Lei:**

.....

**Documentos Comprobatórios :** .....

**No pleno gozo de sua capacidade civil; juntando toda documentação exigida vem requerer a expedição de sua Carteira Profissional, nos Termos da Lei N.º 3.820 de 11 de novembro de 1960.**

**PEDE DEFERIMENTO**

....., ..... **de** ..... **de** .....