



Não serão aceitos formulários com rasuras, emendas ou borrões.  
É obrigatório o preenchimento de todos os campos, exceto complemento de endereço.

### Dados pessoais e Registro Profissional:

|                                                                              |                            |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| Nome:                                                                        |                            | CPF:                              |
| Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino                                             | Naturalidade (Cidade):     |                                   |
| Estado Civil:                                                                | Tipo Sanguíneo e Fator RH: | Doador de Órgãos: ( ) Sim ( ) Não |
| Telefone: ( )                                                                | E-mail:                    |                                   |
| Já se inscreveu em outro CRF? ( ) Não ( ) Sim, neste(s) estado(s): _____     |                            |                                   |
| Formação: ( ) Farmacêutico(a) ( ) Técnico(a) de Laboratório ( ) Outro: _____ |                            |                                   |

### Endereço:

|              |         |      |
|--------------|---------|------|
| Logradouro:  |         | Nº:  |
| Complemento: | Bairro: |      |
| Cidade:      | UF:     | CEP: |

### Solicitação:

|                          |                                                                  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Inscrição provisória de farmacêutico                             |
| <input type="checkbox"/> | Inscrição definitiva de farmacêutico                             |
| <input type="checkbox"/> | Inscrição de Técnico de Laboratório                              |
| <input type="checkbox"/> | Inscrição por Transferência para o CRF ES                        |
| <input type="checkbox"/> | Alteração de Inscrição Provisória para Definitiva                |
| <input type="checkbox"/> | Averbação de Nome ou outros dados                                |
| <input type="checkbox"/> | Reativação de inscrição definitiva                               |
| <input type="checkbox"/> | Reativação de inscrição de técnico de laboratório                |
| <input type="checkbox"/> | Reativação com alteração de inscrição provisória para definitiva |
| <input type="checkbox"/> | Reativação de inscrição provisória                               |
| <input type="checkbox"/> | Reativação por transferência do CRF- _____                       |
| <input type="checkbox"/> | Cancelamento da Inscrição ( ) Primária ( ) Secundária            |
| <input type="checkbox"/> | Outro/observação:                                                |

### Termo de ciência:

☐ Eu, requerente, declaro estar ciente de que, no que se refere à saúde estética, as atividades previstas na Resolução/CFF nº 573/13 estão, por ora, suspensas bem como os termos da Resolução/CFF nº 669/18, estando em vigor apenas os procedimentos previstos nas Resoluções/CFF nº 616/15 e 645/17. Autorizo o CRF-ES a efetuar o tratamento dos meus dados pessoais, de acordo com o artigo 7º, inc.II da Lei nº 13.709/2018, para o cumprimento de obrigação legal ou regulatória pelo controlador, tais como a manutenção dos dados cadastrais de membros do CRF-ES e para publicação no portal da transparência quando previsto em lei.

..... de ..... de .....  
CIDADE DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO REQUERENTE