

## REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

Ilmo(a) Sr(a)

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

Profissional: \_\_\_\_\_ Inscrição CRF-MT n.º: \_\_\_\_\_ CPF: . . -  
Eu, \_\_\_\_\_ Fone Res.: ( ) - Fone Cel.: ( ) -  
Endereço: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: -  
E-mail: \_\_\_\_\_

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

“ CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL ”

### QUESTIONÁRIO (CONFORME RESOLUÇÃO 14/2024 DO CFF)

Confirmo que as informações prestadas abaixo são verídicas.

- Porque está deixando de exercer a profissão?
- Em que área atuava?
- Quanto tempo exerceu a profissão?
- O cancelamento solicitado é:  Definitivo  Temporário
- Qual sua opinião sobre a profissão farmacêutica?
- Atua em magistério superior? Caso afirmativo, qual instituição atua e quais os conteúdos ministrados:
- Atuou em magistério superior? Caso afirmativo, qual instituição atuou e quais os conteúdos ministrados:
- Atua no serviço público? Se afirmativo, qual função:
- Atuou no serviço público? Se afirmativo, qual função:
- Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia na atividade que realiza atualmente?

### DECLARAÇÃO

- Tenho ciência da Resolução nº 482/2008 de 30/07/2008 do CFF, que dispõe sobre o magistério das matérias, disciplinas, unidades, módulos, conteúdos ou componentes curriculares específicos dos profissionais farmacêuticos.
- Tenho ciência da Resolução nº 14/2024 do CFF, que dispõe sobre a inscrição, o registro, o cancelamento, a baixa e a averbação nos Conselhos Regionais de Farmácia, além de outras providências.

Neste termos pede-se deferimento.

DATA, / / .

PARA USO EXCLUSIVO DO CRF-MT

#### SITUAÇÃO ATUAL

| DEVOLUÇÃO  | CORE  | FINANCEIRO  | PROTOCOLO   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Carteira Profissional<br><input type="checkbox"/> Cédula Identidade Profissional<br><input type="checkbox"/> Crachá<br><input type="checkbox"/> Declaração de Não Devolução<br><input type="checkbox"/> _____ | Possui RT<br><br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br><br>[ ] SIM [ ] NÃO | PDE<br><br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br><br>Anuidade <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>Mult. Eleit. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br><br>_____/_____/_____<br><br>_____/_____/_____ às ____:____ | Atendimento: _____<br><br>Total de Pag.(s): _____<br><br>_____/_____/_____, às ____:____<br><br>Func. Responsável |