



ILMO SR. PRESIDENTE

Nome \_\_\_\_\_ N° Inscrição: \_\_\_\_\_

Endereço atualizado no CRF – PR  ou A atualizar no CRF - PR

Rua / Av.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Respeitosamente: **SOLICITO REABILITAÇÃO DE INSCRIÇÃO DEFINITIVA PERANTE O  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO PARANÁ.**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL DEVOLVIDA AO CRF NO ATO DA BAIXA

(\* opção válida apenas para procedimentos de baixa de inscrição protocolados após abril de 2017, quando o documento passou a ser arquivado, conforme previsto na Resolução CFF 638/17).

( ) APRESENTO CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL.

( ) REQUEIRO CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL, NECESSÁRIA PARA REABILITAÇÃO DA INSCRIÇÃO E PARA TANTO APRESENTO FOTO E COMPROVANTE DE PAGAMENTO DA TAXA ESPECÍFICA.

Nestes termos,

Pede deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Assinatura : \_\_\_\_\_