



### **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- Requerimento para reativação de inscrição cancelada em outro regional - **original**;
- Certidão de cancelamento confeccionada pelo CRF de origem – **cópia simples**;
- Documentos pessoais (identidade (RG), CPF e título eleitoral) – **cópia simples**;
- Comprovante militar (no caso do sexo masculino) – **cópia simples**;
- Tipagem sanguínea e fator RH – **cópia simples**;
- Certidão de Casamento (se for o caso) – **cópia simples**;
- 03 fotos 3x4 – (**padrão de foto para documento e identificadas com o nome verso**);
- Comprovante de residência – **cópia simples**;
- Diploma (assinado pelo (a) profissional e registrado pelo CRF no qual efetuou inscrição definitiva) - **cópia autenticada – ou**;
- Diploma Digital – **cópia simples**;
- Histórico Escolar (**da universidade**) - **cópia autenticada (frente e verso)**;
- Termo de cientização e aceite dos procedimentos “CRF em casa” (caso não tenha sido apresentado antes do cancelamento) – **anexo**;
- Requerimento para emissão de cédula em formato cartão – **solicitar junto ao departamento de pessoa física do CRF/MS.**

**ATENÇÃO: Diploma digital será aceito somente se tiver código de autenticidade ou QR Code para validação.**

### **TAXAS:**

Cédula de identidade profissional: R\$ 87,12;

Carteira de identidade profissional: R\$ 87,12;

Anuidade proporcional do ano em exercício

Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
R\$ 515,92	R\$ 482,89	R\$ 452,57	R\$ 407,31	R\$ 362,05	R\$ 316,80	R\$ 271,54	R\$ 226,28	R\$ 181,03	R\$ 135,77	R\$ 90,51	R\$ 45,26

\*\*\*Valores relativos ao exercício de 2023.

**As taxas serão geradas somente após o recebimento da documentação completa de forma física na sede do CRF/MS e a confirmação do cancelamento.**

### **PROCEDIMENTO:**

Para solicitar o requerimento para emissão de cédula, deverá encaminhar o requerimento para reativação de inscrição cancelada em outro regional preenchido para o e-mail [crfms@crfms.org.br](mailto:crfms@crfms.org.br).

**Em seguida, após a resposta do e-mail, deverá ser encaminhado o original desses requerimentos junto com os demais documentos complementares para o endereço do CRF/MS, descrito no rodapé.**

Profissionais residentes na capital podem comparecer pessoalmente na sede do CRF/MS munidos da documentação necessária.

Após recebidos os seus documentos, o CRF/MS tramitará seu pedido e agendará o processo para aprovação na reunião plenária subsequente, a qual acontece uma vez ao mês.

Na semana seguinte a reunião plenária o CRF/MS emitirá documento que comprove sua inscrição.

Os profissionais residentes no interior receberão o documento original por correios. Já os residentes na capital receberão em data específica, em reunião com a presidência do CRF/MS.

### **EM CASO DE URGÊNCIA**

Solicitar ao departamento de secretaria através do e-mail ([crfms@crfms.org.br](mailto:crfms@crfms.org.br)) os requerimentos para o procedimento “ad referendum”, para tal solicitação será necessário a apresentação de documentos comprobatórios, como ex: nos casos de contratação (encaminhar o termo de compromisso da empresa devidamente preenchido, que será disponibilizado pela secretaria do CRF/MS) e/ou posse em concurso público (encaminhar cópia do edital de convocação) entre outros.

Informamos que a análise dos processos em caráter de urgência decorrerá de até 15 (quinze) dias para ser aprovado, sendo que **somente serão analisados** os processos que estiverem com todos os documentos comprobatórios anexo. Caso contrário o processo será analisado normalmente em reunião plenária subsequente.



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL CRF/MS  
REQUERIMENTO PARA REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO CANCELADA EM OUTRO REGIONAL

Nome \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade/UF \_\_\_\_\_

Complemento \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Cel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Whats App \_\_\_\_\_

Filiação **Pai:** \_\_\_\_\_

**Mãe:** \_\_\_\_\_

Data Nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_

**Grupo Sanguíneo:**

A  AB  B  O  Fator RH Positivo  Fator RH Negativo

**Militar:**  Sim  Não \*Caso positivo, apresentar declaração do exército.

CPF: \_\_\_\_\_

RG n° \_\_\_\_\_ Org. Exp. \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Título de Eleitor: \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Seção \_\_\_\_\_ Estado (sigla) \_\_\_\_\_

Formado pela Universidade: \_\_\_\_\_

Sigla da Universidade \_\_\_\_\_ Data da Colação de Grau \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ATENÇÃO:** O pedido de inscrição só gerará direito ao exercício profissional após ter sido deferido pelo CRF/MS.

Estou ciente de que na ocorrência de declaração falsa no presente documento, sujeitar-me-ei à ação criminal pelo cometimento de crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e falta ética prevista no artigo 18, inciso II do Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Venho por intermédio deste, requerer nos termos da Lei 3.820, de 11.11.1960, a:

**REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO CANCELADA NO CRF/** \_\_\_\_\_

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

Nestes Termos, pede deferimento,

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Para uso do CRF/MS**  
Documentação completa?

Sim  Não

Falta:.....

.....

**Para uso do CRF/MS**

Protocolo:..... Data: ...../...../.....

.....

Funcionário



## ANEXO II - PORTARIA Nº. 025/17

### TERMO DE CIENTIZAÇÃO E ACEITE DOS TRÂMITES DE PROCESSOS E SERVIÇOS OFERECIDOS NO SISTEMA WEB DA ÁREA RESTRITA DE CADASTRO DE PROFISSIONAIS E ESTABELECIMENTOS “CRF EM CASA” DISPONIBILIZADO PELO CRF-MS

#### Farmacêutico (a):

Eu, \_\_\_\_\_,  
CPF nº \_\_\_\_\_ RG nº \_\_\_\_\_.

DECLARO ciência e aceitação de uso dos serviços oferecidos pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso do Sul – CRF/MS, no sistema web “CRF EM CASA” e/ou qualquer outro que o venha substituir, com acesso restrito por meio do cadastramento de senha de minha total responsabilidade.

DECLARO estar ciente dos termos de uso do sistema estabelecidos na Portaria nº 025/17, disponibilizada no ato do cadastramento de senha e publicada no portal eletrônico do CRF/MS ([www.crfms.org.br](http://www.crfms.org.br));

DECLARO ciência de que as informações de pendências e/ou liberação de processos tramitados e demais solicitações requeridas, devem ser acompanhadas por mim requerente, junto ao registro de protocolo disponibilizado no sistema.

DECLARO ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa ao CRF/MS, sujeitar-me-á a ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro;

\_\_\_\_\_/MS, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

**Assinatura no centro do quadro, sem tocar nas linhas**