



Serviço Público Federal  
Conselho Federal de Farmácia – CFF  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL CRF/MS  
REQUERIMENTO PARA 1ª INSCRIÇÃO NO CRF/MS



Nome \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade/UF \_\_\_\_\_  
Complemento \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_ Whats App \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tipo Sanguíneo \_\_\_\_\_ Rh \_\_\_\_\_  
Declaro que concluí o curso de Farmácia na Instituição:  
\_\_\_\_\_  
Na cidade de \_\_\_\_\_, tendo colado grau em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Venho por meio deste requerer:**

- Inscrição Provisória (não possuo diploma)  
 Inscrição Definitiva (com diploma)  
 Inscrição Secundária

**Já foi inscrito em outro CRF?**

- Não  
 Sim, e estou em processo de TRANSFERÊNCIA do CRF/\_\_\_\_\_ para o CRF/MS  
 Sim, e minha última inscrição foi CANCELADA no CRF/\_\_\_\_\_  
 Sim, tenho inscrição ativa no CRF/\_\_\_\_\_

**Categoria Nível Médio – Não Farmacêutico (1ª inscrição)**

- Selecionar o item de formação:**
- Experiência Profissional (Lei nº 3.820/60, art. 16, item 1)  
 Técnico de Análises Clínicas  
 Técnico de Laboratório  
 Técnico de Laboratório em Biotecnológico  
 Outros: \_\_\_\_\_

**CADASTRAMENTO DE BIOMETRIA**

**ATENÇÃO:** A qualidade das imagens nos documentos profissionais dependerá deste cadastramento. **Não** ultrapasse o espaço delimitado.

Assine no espaço delimitado, sem encostar nas margens

Foto 3x4 (fundo branco)

Impressão digital (polegar direito)

**Documentos Anexados: (preenchimento exclusivo do CRF/MS)**

- Modalidade de Formação:**  Ensino à distância  Presencial
- Carteira de Identidade Profissional  Histórico Escolar  
 Diploma Original  Diploma Digital - validação digital em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.



## ATESTADO DE BOA CONDUTA

Nós, infra-assinados, já inscritos no quadro dos Farmacêuticos deste Conselho Regional, atestamos que o(a) **candidato(a) à inscrição:**

[Redacted]

goza de boa reputação por sua conduta pública, estando em condições de figurar no quadro geral do CRF/MS.

[Redacted] /MS, [Redacted] de [Redacted] de 20 [Redacted].

a) Nome [Redacted]

CRF-MS nº [Redacted]

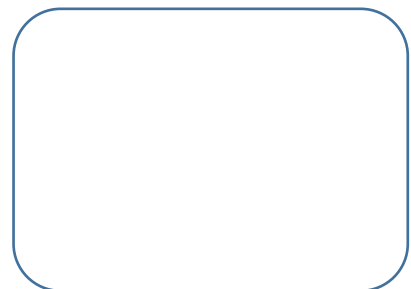
\_\_\_\_\_  
Assinatura



b) Nome [Redacted]

CRF-MS nº [Redacted]

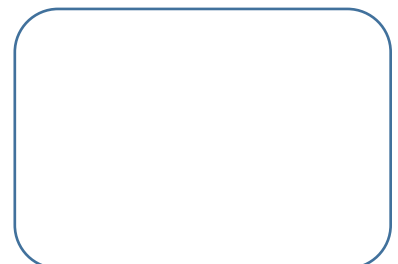
\_\_\_\_\_  
Assinatura



c) Nome [Redacted]

CRF-MS nº [Redacted]

\_\_\_\_\_  
Assinatura



*(campo para carimbo profissional)*



## ANEXO II - PORTARIA Nº. 025/17

### TERMO DE CONHECIMENTO 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 venha a substituí-lo, 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, em consulta 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 \_\_\_\_.

**Campo para assinatura**  
(não ultrapassar o espaço delimitado)