



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL CRF/MS
REQUERIMENTO PARA 1ª INSCRIÇÃO NO CRF/MS

Nome: _____
Endereço: _____ Nº _____
Bairro _____ Cidade/UF _____
Complemento _____ CEP _____ Fone _____ Cel. _____
E-mail _____ Whats App _____
Filiação **Pai:** _____
Mãe: _____
Data Nasc. ____/____/____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____
Naturalidade: _____
CPF: _____ Sexo: _____ Reservista: _____
Identidade Civil: _____ Org. Exp. _____ Expedido em: ____/____/____
Título de Eleitor: _____ Zona: _____ Seção: _____ Estado (sigla): _____
Formado pela Universidade: _____
Na cidade de: _____ Data da Colação de Grau ____/____/____

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 Bodiagnóstico
☐ 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

Assine no espaço delimitado, sem encostar nas margens

Foto 3x4 (fundo branco)

Foto 3x4 (fundo branco)

Impressão digital (polegar direito)

Impressão digital (polegar direito)



ATESTADO DE BOA CONDUTA

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

[Assinatura]

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

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

a) Nome

CRF-MS nº

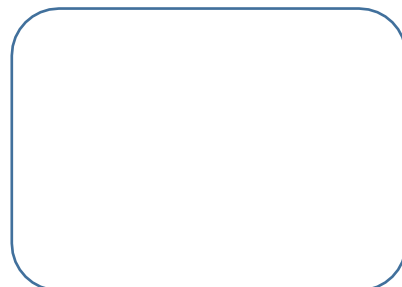
Assinatura



b) Nome

CRF-MS nº

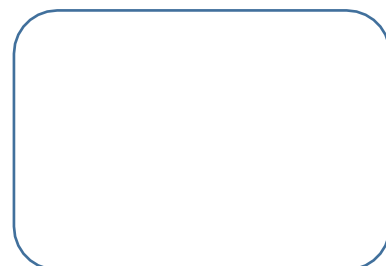
Assinatura



c) Nome

CRF-MS nº

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.

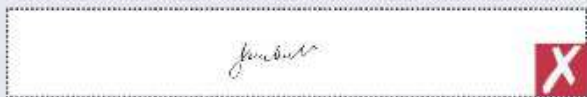
DECLARO estar ciente dos termos de uso do sistema estabelecidos na Portaria nº 025/17, disponibilizada no ato do cadastramento de senha e publicada no portal eletrônico do CRF/MS (www.crfms.org.br).

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____.

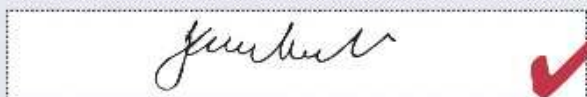
Campo para assinatura
(não ultrapassar o espaço delimitado)



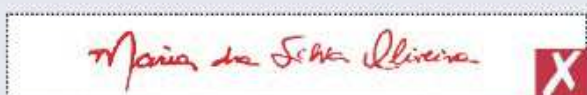
Assinatura muito pequena



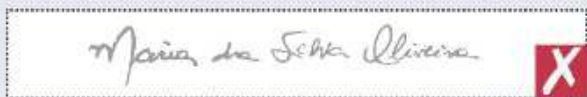
Assinatura fora do campo



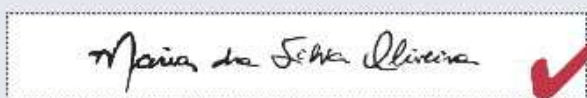
OK



Assinatura escrita em vermelho



Assinatura escrita à lápis



OK



Fora do campo



Tinta fraca



OK

QUALIDADE DA ASSINATURA

A assinatura deverá:

- Ser legível;
- Não muito pequena de maneira a possibilitar o escaneamento;
- Obedecer os limites do campo designado para tal;
- Não ser escrita utilizando-se caneta de tinta vermelha;
- Não ser escrita à lápis;
- Ser escrita utilizando-se caneta de tinta preta e ponta grossa;

QUALIDADE DA IMPRESSÃO DIGITAL

A impressão digital deverá ser:

- Tomada do dedo polegar;
- Pousada exatamente dentro do campo especificado para tal;
- Colhida com tinta preta;
- Suficientemente legível;



muito perto



muito longe



OK



borrada



marca de tinta ou vinco



OK



olhando p/ o lado



tom de pele não natural



OK



muito escura



muito clara



OK



cor lavada



pixelizado



OK

Qualidade Fotográfica

As fotos precisam ser:

- Recentes e não mais que 6 meses
- 35-40 mm (3x4) de largura;
- Próxima da cabeça e no alto dos ombros, de forma que sua face tome 70% - 80% da foto;
- Foco nítido e limpo;
- Alta resolução, entre 300 e 400 dpi's e nenhuma marca de tintas ou vincos.

A Foto Deve:

- Ter fundo branco;
- Mostrar você olhando diretamente para a câmera;
- Mostrar seu tom de pele naturalmente;
- Não ter brilhos nem contrastes;
- Ser impressa em papel de alta qualidade e alta resolução (em caso de foto impressa em papel).

Fotos tomadas com uma câmera digital, precisam ter alta resolução de cor e impressas em papel de qualidade de foto (em caso de foto impressa em papel).