

## CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO PROFISSIONAL

FARMACÊUTICO       TÉCNICO

ILMO SR.(a) PRESIDENTE

### DADOS DO PROFISSIONAL:

Nome:  N° Inscrição no CRF-MA

Endereço atualizado no CRF- \_\_\_\_\_

Rua/Av.:

Bairro:  CEP:

Cidade:  E-mail

Telefone Fixo: DDD:   Celular: DDD:   e

Respeitosamente:

Solicitar o **CANCELAMENTO DE MINHA INSCRIÇÃO PROFISSIONAL** no CRF-MA.

Confirmo ainda que as informações prestadas abaixo são verídicas.

### a) Solicito cancelamento da minha inscrição por motivo:

- Pessoal       Maternidade       Aposentadoria       Falta de oportunidade  
 Estudos       Mudança de área       Desisti da profissão

Obs.:

### b) Atuava na área de:

- Farmácia       Distribuidora       Hospitalar       Análises Clínicas  
 Indústria       Serviço Público       Docência       Outra:

### c) Quanto tempo exerceu a profissão:

- nunca atuei       menos de 1 ano       de 1 a 10 anos  
 de 11 a 20 anos       de 21 a 30 anos       acima de 30 anos

### d) O cancelamento solicitado é:

- Definitivo       Temporário

#### Sede CRFMA

Rua Faveiros, Qd. B, número 7 – São Francisco,  
São Luís-MA  
CEP: 65075-270.  
Fone: (98) 99129-7749 e 99195-8542  
Atendimento ao público:  
Segunda à sexta das 9h às 17h

#### Seccional Imperatriz

Rua Alagoas, nº 516 – Juçara,  
Imperatriz-MA  
CEP: 65903-279.  
Fone/Fax: (99) 3221-8981 e 3221-8989  
Atendimento ao público:  
Segunda à sexta das 8 às 12h e 14h às 18h.

#### Seccional Balsas

Rua Dr. Justo Pedrosa nº252. Galeria Scarton,  
Sala 02 – Térreo, Balsas-MA  
CEP: 65800-000.  
Fone: (99) 3541-3891  
Atendimento ao público:  
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

**e) Opinião sobre a profissão:**

- Excelente                       Boa                       Regular                       Péssima
- Valorizada                       Desvalorizada                       Bem remunerada                       Mal remunerado

Obs.:

**a) Utiliza os conhecimentos do Curso de Farmácia na atividade que realiza atualmente?**

- Sim                       Não

Declaro ainda que estou devolvendo:

- Carteira de Identidade Profissional (CIP)                       Cédula de Identidade Profissional (CIP)                       Boletim de Ocorrência Policial (Furto ou perda da CIP)

Tenho ciência ainda que este documento será tramitado com a apresentação em arquivo anexado da imagem do comprovante de pagamento da anuidade ano vigente, documento de identificação (RG ou CNH) (frente e verso) cuja assinatura esteja igual a do formulário PDF e a devolução (enviado por sedex) dos documentos originais carteira de identidade profissional (marron) e cédula de identidade (caso tenha ou Boletim de Ocorrência Policial).

- Autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.

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

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Farmacêutico**