



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRFTO  
Av. Teotônio Segurado, s/n - Qd. 501 Sul - Lote 19, Palmas/TO CEP: 77.016.002  
Fone/Fax: (0\*\*63) 3216-1606, <http://www.crfto.org.br>

## DOCUMENTOS QUE A CHAPA DEVE APRESENTAR NO ATO DA INSCRIÇÃO

Requerimento de inscrição deve ser protocolado na sede do CRF-TO, pessoalmente pelo candidato ou por terceiro desde que através de procuração com poderes específicos, pública ou privada com firma reconhecida, em duas (2) vias. O candidato deverá apresentar, no ato da inscrição, conforme Resolução CFF 604, de 31.10.2014:

- I. Ficha de inscrição específica padronizada pelo CFF conforme anexos, devendo o candidato, ou seu procurador com poderes específicos, assiná-la na presença do empregado do CRF-TO designado pelo Presidente da Comissão Eleitoral Regional;
- II. Cópia da carteira ou da cédula de identidade profissional;
- III. Documento assinado pelo candidato, em que o mesmo declare ter ciência acerca do cronograma eleitoral, além do recebimento do protocolo de inscrição;
- IV. Foto atual, frontal, colorida, impressa ou digitalizada conforme configuração a ser definida pela empresa especializada que realizar a eleição pela *Internet*, constando nome completo e cargo pretendido;
- V. Documentos previstos nas alíneas “f” a “h” do artigo 11 e da certidão do artigo 12, da Resolução CFF 604/2014;
- VI. Constar nome completo e respectivo cargo e mandato pretendido.

Os requisitos essenciais de elegibilidade estão previstos na Resolução CFF 604, de 31.10.2014 e no Edital CRF-TO 01.

Podendo concorrer às chapas, os conselheiros já eleitos ou os candidatos a conselheiros, desde que apresentem a composição de chapa completa. Para os candidatos às funções de diretoria que são conselheiros do CRF/TO é necessário que seu mandato abranja todo o período do mandato da função respectiva da diretoria almejada, cabendo-lhe comprovar essa condição quando de sua posse. Os atuais conselheiros suplentes dos conselhos regionais de farmácia podem concorrer às funções de conselheiro regional titular, na qualidade de titular desta, inclusive. Todos os candidatos devem atender aos seguintes requisitos sob pena de não conhecimento ou indeferimento sumário de seu pedido de inscrição.



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRFTO**  
Av. Teotônio Segurado, s/n - Qd. 501 Sul - Lote 19, Palmas/TO CEP: 77.016.002  
Fone/Fax: (0\*\*63) 3216-1606, <http://www.crfto.org.br>

## **RECIBO/DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e a quem possa interessar que temos ciência acerca do Cronograma eleitoral, Protocolo de inscrição e cópia da Resolução CFF 604, de 31.10.2014 (REGIMENTO ELEITORAL) e no Edital CRF-TO 01.

Palmas, ..... de agosto de 2017.

Nome do Representante da Chapa: \_\_\_\_\_

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



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRFTO  
Av. Teotônio Segurado, s/n - Qd. 501 Sul - Lote 19, Palmas/TO CEP: 77.016.002  
Fone/Fax: (0\*\*63) 3216-1606, <http://www.crfto.org.br>

## FICHA DE IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

### 1. DADOS PESSOAIS:

NOME: \_\_\_\_\_.

#### FILIAÇÃO:

PAI: \_\_\_\_\_.

MÃE: \_\_\_\_\_.

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_.

NACIONALIDADE: \_\_\_\_\_

INSCRIÇÃO NO CRF/TO nº \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_, SSP/\_\_\_\_\_.

FORMADO PELA: \_\_\_\_\_.

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_.

TELEFONE: \_\_\_\_\_.

E-MAIL: \_\_\_\_\_.

### 2. DADOS PROFISSIONAIS:

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL \_\_\_\_\_.

ÁREAS DE ATUAÇÃO \_\_\_\_\_.

EMPRESA/ENTIDADE: \_\_\_\_\_.

HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_.

FUNÇÃO: \_\_\_\_\_.

TELEFONE: \_\_\_\_\_.

### 3. OUTRAS INFORMAÇÕES:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Palmas, ..... de agosto de 2017.

\_\_\_\_\_  
(assinatura do candidato)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRFTO  
Av. Teotônio Segurado, s/n - Qd. 501 Sul - Lote 19, Palmas/TO CEP: 77.016.002  
Fone/Fax: (0\*\*63) 3216-1606, <http://www.crfto.org.br>

## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE CHAPA

AO PRESIDENTE DA COMISSÃO ELEITORAL DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS.

Nome dos candidatos: .....

Brasileiros(as), farmacêuticos(as) inscritos(as) no CRF-TO, respectivamente sob o nº ....., e ....., CPFs: ....., e ....., abaixo assinados, residentes e domiciliados em .....

....., e em pleno gozo de seus direitos profissionais, requerem a V.S.<sup>a</sup> que se digne inscrevê-los como candidatos à Diretoria, para mandato de 2018/2019, com vigência de 1º de janeiro de 2018 a 31 de dezembro de 2019, na chapa assim composta:

CHAPA Nº. \_\_\_\_\_ (para uso do presidente da CER)

Nome (se houver): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Vice-Presidente

\_\_\_\_\_  
Secretário(a) Geral

\_\_\_\_\_  
Tesoureiro(a)

Cidade: \_\_\_\_\_

Data: ..... de agosto de 2017.

Nestes termos, pede deferimento.

\_\_\_\_\_  
Presidente

\_\_\_\_\_  
Vice-Presidente

\_\_\_\_\_  
Secretario(a) Geral

\_\_\_\_\_  
Tesoureiro(a)