



## Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados Solicitação de Certidão de PGRSS

ILMO SR PRESIDENTE

PROCESSO Nº:

### DADOS DO PROFISSIONAL:

Nome:  Nº Inscrição no CRF-PR

Endereço atualizado no CRF-PR

Endereço a atualizar no CRF-PR

Rua/Av.:

Bairro:  CEP:

Cidade:  E-mail

Telefone Fixo: DDD:()  Celular: DDD:()  e

Respeitosamente:

Solicito a **Certidão de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)** do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná. Em anexo a declaração da empresa onde sou responsável pelo PGRSS. A empresa referido aqui:

registrado junto ao CRF-PR;

não é registrado, onde anexo os documentos de constituição da empresa.

Tenho ciência ainda que este documento será tramitado com a apresentação do comprovante de pagamento da taxa e documento necessário para geração da certidão.

Cidade:  Data :  de  Mês:  de  Ano:

\_\_\_\_\_  
Assinatura Profissional