



**Formulário G**  
**Baixa de Inscrição de Pessoa Física**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Atendimento nº \_\_\_\_\_  
Protocolo nº \_\_\_\_\_ PF/PJ \_\_\_\_\_  
Local \_\_\_\_\_ Funcionário \_\_\_\_\_

**Dados do PROFISSIONAL**

Nº do CRF-RS:

Nome:

CPF:

E-mail:

**REQUERIMENTO**

**BAIXA DO PROFISSIONAL**

**Motivo da baixa:**

Não irá exercer a profissão farmacêutica

Aposentadoria

Mudança de estado (não irá exercer a profissão farmacêutica)

Mudança de país / Intercâmbio

Gestação ou afastamento para cuidar de filhos / familiar

Licenças

Outro motivo: \_\_\_\_\_

**Informações complementares (preenchimento obrigatório)**

a) O cancelamento solicitado é definitivo ou temporário?

Definitivo

Temporário

b) Qual sua opinião sobre o momento atual da profissão?

Excelente

Regular

Bom

Ruim

c) Em que área estava atuando antes do pedido de baixa da inscrição?

d) Exerce outra profissão? Qual?

e) Exerce o magistério no ensino superior? Que disciplina(s)?

f) Atua no serviço público? Qual função?

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

Sim

Não

Confirmo que as informações prestadas acima são verídicas.

Local e data: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

