



<b>Formulário N</b> Certidões PF (de profissional) / Cópia de Documentos		____/____/____ Atendimento nº _____	
		Protocolo nº _____ PF _____	
		Local _____	Funcionário _____
<b>Dados do PROFISSIONAL</b>		Nº do CRF-RS: _____	
Nome: _____		CPF: _____	
Certidão	<input type="checkbox"/> Negativa de Débito Simplificada <input type="checkbox"/> Negativa de Débito Detalhada para fins de aposentadoria <input type="checkbox"/> para Inscrição Secundária no regional do Estado: _____ <input type="checkbox"/> por Responsabilidade Técnica <input type="checkbox"/> para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde <input type="checkbox"/> de Regularidade Profissional <input type="checkbox"/> Outra: _____		
Declaração	<input type="checkbox"/> de Inscrição Ativa <input type="checkbox"/> Outra: _____		
Cópia	<input type="checkbox"/> Documento (especificar): _____ _____ _____		
<b>Forma de retirada do documento solicitado:</b>			
<input type="checkbox"/> Enviar via e-mail		Email: _____	
<input type="checkbox"/> Enviar via postal			
<input type="checkbox"/> Enviar via postal (outro endereço)		Endereço: _____ Nº: _____ Compl.: _____	
		Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____	
<input type="checkbox"/> Encaminhar para retirada na:			
<input type="checkbox"/> Seccional Lajeado		<input type="checkbox"/> Sede (Porto Alegre)	
<input type="checkbox"/> Seccional Santa Maria		<input type="checkbox"/> Seccional Passo Fundo	
		<input type="checkbox"/> Seccional Santo Ângelo	
		<input type="checkbox"/> Seccional Caxias do Sul	
		<input type="checkbox"/> Seccional Pelotas	
		<input type="checkbox"/> Seccional Uruguaiana	

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

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