



\* Documento protocolado sob nº \_\_\_\_\_  
vinculado a \_\_\_\_\_  
Servidor: \_\_\_\_\_ em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

## Formulário para Solicitar Certidões ou Declarações

Ilmo(a) Sr(a) Presidente do CRF-RO,

\_\_\_\_\_ (nome), CPF/CNPJ \_\_\_\_\_

inscrito/registrado no CRF-RO sob nº \_\_\_\_\_, residente/localizado em \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, no Município \_\_\_\_\_, RO,

CEP \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, fone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, celular \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, vem requerer:

- Certidão**
- Negativa de débito simplificada**  Para envio por e-mail
  - Negativa de débito detalhada**  Para envio por e-mail
  - Para fins de aposentadoria**
  - Para Inscrição Secundária no Regional do Estado** \_\_\_\_\_
  - Para Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS)**
  - De Regularidade Profissional**
  - Outra:** \_\_\_\_\_

**Cópia de documento.** Especificar \_\_\_\_\_

Para envio por e-mail, especificá-lo: \_\_\_\_\_

**Outro:** \_\_\_\_\_

- Autorizações:**
- Autorizo**  **Não Autorizo** receber informes do CRF via SMS
  - Autorizo**  **Não Autorizo** receber informes do CRF via E-mail
  - Autorizo**  **Não Autorizo** a divulgação dos meus dados cadastrais (endereço/e-mail/telefone)

para receber informações/divulgações sobre eleições, cursos, eventos, entre outros assuntos.

Assim sendo, solicito que os documentos sejam:

- Enviada via postal ou**
- Encaminhada para retirada na**
- SEDE (Porto Velho)
  - SECCIONAL (CACOAL)

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional/Representante Legal