



CRF-PR JÚNIOR
RELATÓRIO E SOLICITAÇÃO DE CERTIFICADO

1. ATIVIDADE/EVENTO: _____

DATA: _____

LOCAL: _____

ENDEREÇO: _____

HORÁRIO DE INÍCIO: _____ HORÁRIO DE TÉRMINO: _____

2. OBJETIVO: _____

3. DESCRIÇÃO DA ATIVIDADE: _____

4. PÚBLICO-ALVO: _____

5. ENTIDADES PARCEIRAS: _____

6. PREENCHA APENAS SE O EVENTO FOR CAMPANHA: DESCRIÇÃO E QUANTITATIVO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS (AFERIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL, GLICEMIA CAPILAR, ENTRE OUTROS):

EX: aferição de pressão arterial: 200 atendimentos, sendo 50 alterados.

Verificação de glicemia capilar: 200 atendimentos, sendo 50 alterados.

7. PREENCHA APENAS SE O EVENTO FOR SOLIDÁRIO COM DOAÇÃO: DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES.

EX: arrecadação de 100 caixas de bombom para doação ao Asilo São Vicente de Paulo.
A arrecadação foi realizada de 1º de março a 30 de março e a doação foi realizada no dia 2 de abril.

8. ESPECIFICAR O MODELO E QUANTIDADE DE FOLDERS UTILIZADOS:

9. ANEXAR FOTOS.

10. ACADÊMICOS PARTICIPANTES:

1. NOME:

FACULDADE:

CARGA HORÁRIA:

E-MAIL:

2. NOME:

FACULDADE:

CARGA HORÁRIA:

E-MAIL:

3. NOME:

FACULDADE:

CARGA HORÁRIA:

E-MAIL:

4. NOME:

FACULDADE:

CARGA HORÁRIA:

E-MAIL:

5. NOME:

FACULDADE:

CARGA HORÁRIA:

E-MAIL:



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ – CRF-PR
RUA PRESIDENTE RODRIGO OTÁVIO, 1296 – HUGO LANGE – CURITIBA – PR CEP 80040-452
Fone/Fax: (41) 3363-0234

E-mail: crfpr@crf-pr.org.br

Site: www.crf-pr.org.br



6. NOME:
FACULDADE:
CARGA HORÁRIA:
E-MAIL:

7. NOME:
FACULDADE:
CARGA HORÁRIA:
E-MAIL:

Coordenador Responsável (GTTAL): _____

Instituição de Ensino: _____

Coordenador Responsável (GTTAR): _____