

Grau de sigilo  
#00

01 – Nome do responsável pela farmácia		Para uso exclusivo da CAIXA Carimbo da Agência Receptora		
02 – Data de nascimento / /	03 - Sexo			
04 – Nome da mãe				
05 – Município de nascimento	UF	06 – Cód. Nacionalidade		
07 – Carteira de trabalho	UF	Série	08 – CPF	DV
09 – Carteira de identidade	Emissor		10 – Título de eleitor	DV
11 – Endereço do responsável pela farmácia				
Bairro	Município		CEP	UF

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
12 - Local/Data\_\_\_\_\_  
13 – Assinatura do responsável pela farmácia

CAMPO 06 – Preenchido conforme tabela:

10 – Brasileira	25 – Uruguaia	36 – Norte Americana (Eua)	43 – Coreana
20 – Naturalizado	30 – Alemã	37 – Francesa	45 – Portuguesa
21 – Argentina	31 – Belga	38 – Suíça	48 – Outras Latino Americana
22 – Boliviana	32 – Britânica	39 – Italiana	
23 – Chilena	34 – Canadense	41 – Japonesa	49 – Outras Asiáticas
24 – Paraguaia	35 – Espanhola	42 – Chinesa	50 – Outras