



- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Renovação |
| <input type="checkbox"/> Alteração de Dados |
| <input type="checkbox"/> Assunção de RT |

Nº de Registro da Empresa no CRFMG: _____ Ano de validade: _____

Razão Social: _____

Nome do Estabelecimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade da Empresa: _____ UF: _____

E-mail: _____

Telefone Comercial: (_____) _____ - _____ Horário de Funcionamento: _____ às _____ hs.

MARQUE O TIPO DE PESSOA JURÍDICA:

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> DROGARIA | <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS | <input type="checkbox"/> INDÚSTRIA DE PROD. COSMÉTICOS | <input type="checkbox"/> LAB. DE CONTROLE DE QUALIDADE |
| <input type="checkbox"/> FARMÁCIA ALOPÁTICA | <input type="checkbox"/> IMPORTADORA DE MEDICAMENTOS | <input type="checkbox"/> OUTRAS INDÚSTRIAS | <input type="checkbox"/> TRANSPORTADORA DE MEDICAMENTOS |
| <input type="checkbox"/> FARMÁCIA HOMEOPÁTICA E ALOPÁTICA | <input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA DE CORRELATOS | <input type="checkbox"/> LAB. DE ANÁLISES CLÍNICAS | <input type="checkbox"/> DEDETIZADORAS |
| <input type="checkbox"/> FARMÁCIA HOMEOPÁTICA | <input type="checkbox"/> INDÚSTRIA DE PROD. FARMACÊUTICOS | <input type="checkbox"/> POSTO DE COLETA | <input type="checkbox"/> OUTRAS IMPORTADORAS |
| <input type="checkbox"/> FARMÁCIA HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> INDÚSTRIA DE PROD. OFICINAIS | <input type="checkbox"/> LAB. DE ANÁLISES CLÍNICAS E CITOLÓGICAS | <input type="checkbox"/> POSTO DE MEDICAMENTOS |
| <input type="checkbox"/> FARMÁCIA PRIVATIVA | <input type="checkbox"/> INDÚSTRIA DE PROD. ALIMENTÍCIOS | <input type="checkbox"/> LAB. DE ANÁLISES CLÍNICAS HOSPITALAR | <input type="checkbox"/> OUTROS |

Dados do Diretor-Técnico:

Inscrição CRFMG: _____ Nome: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (_____) _____ - _____ E-mail: _____

Horário de Trabalho: _____ Intervalo _____

Outra Atividade do DIRETOR-TÉCNICO, mesmo não vinculada à profissão farmacêutica:

Nome da Empresa: _____ Cidade: _____

Horário de trabalho: _____ Função: _____

Dados de Farmacêuticos-Substitutos:

Inscrição CRFMG: _____ Nome: _____

Endereço Residencial: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Telefone: (_____) _____ - _____ E-mail: _____

Horário de Trabalho: _____ Intervalo _____

Outra Atividade do FARMACÊUTICO-SUBSTITUTO, mesmo não vinculada à profissão farmacêutica:

Nome da Empresa: _____ Cidade: _____

Horário de trabalho: _____ Função: _____

TERMO DE COMPROMISSO

O(s) farmacêutico(s) declara(m) submeter(em)-se às sanções penais e éticas cabíveis no caso do descumprimento do presente termo, estando ciente(s) que a não prestação de efetiva assistência ao estabelecimento é falta ética grave, de acordo com o Artigo 6º, parágrafo único da Resolução 160 do CFF, cabendo a penalidade de suspensão, conforme disposto no Inciso 3 do Artigo 30 da Lei 3820/1960.

Ciente(s) que as atribuições profissionais são indelegáveis; que no caso de desligamento da empresa/entidade/instituição, à qual está(ão) vinculado(s), formalizará(ão) ao CRF-MG o devido cancelamento desta responsabilidade técnica; que assume(m) o compromisso de requerer a renovação da CR até o dia 31/03 de cada ano; e que incorrerá(ão) em infração aos dispositivos legais e regulamentares, se constatada a inveracidade dos dados acima.

O abaixo assinado, Sr(a) _____, representante legal do estabelecimento acima citado, declara estar ciente de que:

- A) Não poderá funcionar sem a presença diária do farmacêutico responsável. Do contrário, ficará sujeito às penalidades previstas em lei.
- B) Está proibido de comercializar medicamentos controlados (Portaria 344) e/ou manipular, nos casos de afastamento ou desligamento do RT., exceto se houver a contratação de outro profissional.
- C) É obrigado a requerer, junto ao farmacêutico, a renovação da CR até o dia 31/03 de cada ano.

Assinatura do Diretor-Técnico

Farmacêutico-Substituto

Representante Legal