



**Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais**  
**REQUERIMENTO PARA OBTENÇÃO DA CR – CERTIDÃO DE REGULARIDADE**

Nº de Cadastro do estabelecimento no CRFMG: \_\_\_\_\_

Exercício: 20 \_\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Cidade da Empresa \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Horário de Funcionamento (segunda-feira a sexta-feira) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.

Horário de Funcionamento (sábado): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs. Horário de Funcionamento (domingo) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs

Assinale um x na atividade do estabelecimento:

Anál. Clínicas	Distribuidora	Drogaria	Farm. Hospitalar	Farm. Manipulação	Farm. privativa	Posto de coleta	outros
----------------	---------------	----------	------------------	-------------------	-----------------	-----------------	--------

**Farmacêutico – Diretor/Responsável- Técnico :**

Inscrição CRFMG: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho (segunda feira a sexta feira) :	Intervalo	às
Horário de trabalho (sábado):	Intervalo	às
Horário de trabalho (Domingo):	Intervalo	às

Possui outra atividade , mesmo não vinculada a profissão farmacêutica ou atividade de Fiscal da vigilância sanitária? \_\_\_\_\_

Nome da empresa: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_ função: \_\_\_\_\_

(  ) Farmacêutico- Assistente Técnico (  ) Farmacêutico- Substituto afastamento do Diretor Técnico ou do Assistente técnico

Inscrição CRFMG: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho (segunda feira a sexta feira) :	Intervalo	às
Horário de trabalho (sábado):	Intervalo	às
Horário de trabalho (Domingo):	Intervalo	às

Possui outra atividade , mesmo não vinculada a profissão farmacêutica ou atividade de Fiscal da vigilância sanitária? \_\_\_\_\_

Nome da empresa: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_ função: \_\_\_\_\_

**TERMO DE COMPROMISSO DO (s) PROFISSIONAL (is):**

Declaro submeter-me às sanções penais e éticas cabíveis no caso do descumprimento do presente termo, estando ciente que a não prestação de efetiva assistência ao estabelecimento é falta ética grave, de acordo com o Artigo 14º, inciso V da Resolução 596/2014 do CFF, cabendo a penalidade de suspensão, conforme disposto no Inciso 3 do Artigo 30 da Lei 3820/1960. Estou ciente que as atribuições profissionais são indelegáveis; que no caso de desligamento da empresa/entidade/instituição, à qual estou vinculado, formalizarei ao CRF-MG o devido cancelamento desta responsabilidade técnica; que assumo o compromisso de requerer a renovação da CR até o dia 31/03 de cada ano; e que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares, se constatada a inveracidade dos dados acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor-Técnico

\_\_\_\_\_  
Assinatura Farmacêutico Assistente /Substituto

**TERMO DE COMPROMISSO DO REPRESENTANTE LEGAL:**

O abaixo assinado, Sr(a) \_\_\_\_\_, representante legal do estabelecimento acima citado, declara estar ciente de que não poderá funcionar sem a presença diária do farmacêutico responsável. Do contrário, ficará sujeito às penalidades previstas em lei. 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. É obrigado a requerer, junto ao farmacêutico, a renovação da CR até o dia 31/03 de cada ano.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

## ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO E ENVIO DO REQUERIMENTO:

- Preencha todos os campos com os dados e horários, do estabelecimento, do Diretor(a) Técnico(a) e do(s) Farmacêutico(s) Assistente Técnico(s) ( se for o caso ), com letra legível e sem rasuras e nos envie por e-mail, fax ou pelos correios.
- Caso o estabelecimento não tenha farmacêutico Assistente Técnico pode deixar em branco.
- **Farmacêutico Substituto:** Substitui o Farmacêutico Diretor Técnico ou Farmacêutico Assistente Técnico nos casos de afastamento por período superior a 30 dias.
- Não serão aceitos formulários fora do padrão.
- Anexar junto com o requerimento cópia do comprovante de pagamento de anuidade da empresa e do farmacêutico e a cópia do vínculo empregatício quando o farmacêutico for funcionário.
- Obs. A cópia da carteira de trabalho do farmacêutico deve estar completa: páginas da foto, qualificação civil, contrato de trabalho e a última alteração de salário.
- Quanto ao horário de trabalho preencha da seguinte forma: Informe o horário de Início e fim do expediente e, em destaque, informe o horário de intervalo.  
**Exemplo:** Horário de trabalho de segunda a sexta feira de:  8  às  20  Intervalo:  12  às  14 .
- Todas as informações e pendências serão enviadas por e-mail (é importante preencher o campo com os e-mails).
- Quando a Certidão de Regularidade for expedida esta será enviada pelos correios e a 2ª via ( via branca) estará disponível no site, 24 horas após sua expedição WWW.crfmg.org.br em: Acesso Restrito >Certidões.
- Atenção quanto à assinatura de todos, tanto do Diretor Técnico quanto do Farm. Substituto, e do Responsável legal da Empresa, ao final do requerimento
- A renovação de Certidão Regularidade também pode ser feita pelo farmacêutico e pelo representante legal da empresa através do **Peticionamento eletrônico** disponível em nosso site em acesso restrito. Exceto aos estabelecimentos públicos e aos estabelecimentos que precisam alterar os dados da Certidão de Regularidade.

<b>SEDE- BELO HORIZONTE</b> Rua Urucuia, 48 Floresta - BH – CEP: 30150-060 Registro : (31) 3218-1006/1021/1023 Fax: (31) 3218-1001/1002 e confirmar no nº 3218-1027 e-mail: <a href="mailto:registro@crfmg.org.br">registro@crfmg.org.br</a>	
<b>Seção Leste de Minas</b> R.Barão do Rio Branco, 480 - Salas 901 a 903 Centro - <b>Governador Valadares/MG</b> - CEP: 35010-030 Telefax: (33)3271-5764 Horário de Funcionamento: de 8h às 17h <a href="mailto:secao.leste@crfmg.org.br">secao.leste@crfmg.org.br</a>	<b>Seção Triângulo Mineiro</b> Av. Anselmo Alves dos Santos, 40 Bairro Santa Maria- <b>Uberlândia/MG</b> - CEP: 38408-041 Telefax: (34)3235-9960 Horário de Funcionamento: de 8h às 17h <a href="mailto:secao.triangulo@crfmg.org.br">secao.triangulo@crfmg.org.br</a>
<b>Seção Norte de Minas</b> Av. Dulce Sarmiento - Edifício Master Center, 140 - Salas 309 São José - <b>Montes Claros/MG</b> - CEP: 39400-318 Telefax: (38)3221-7974 Horário de Funcionamento: de 8h às 17h <a href="mailto:secao.norte@crfmg.org.br">secao.norte@crfmg.org.br</a>	<b>Seção Vale do Aço</b> Av. Castelo Branco, 632 - Sala 101 Horto - <b>Ipatinga/MG</b> - CEP: 35160-294 Telefax: (31)3824-6683 Horário de Funcionamento: de 8h às 17h <a href="mailto:secao.valedoaco@crfmg.org.br">secao.valedoaco@crfmg.org.br</a>
<b>Seção Sul de Minas</b> R. Adolfo Olinto, 156 - Sala 306 Centro - <b>Pouso Alegre/MG</b> - CEP: 37550-000 Telefax: (35)3422-8552 Horário de Funcionamento: de 8h às 17h <a href="mailto:secao.sul@crfmg.org.br">secao.sul@crfmg.org.br</a>	<b>Seção Zona da Mata</b> Av. Barão do Rio Branco, 2390 - Sala 803/804 Centro - <b>Juiz de Fora/MG</b> - CEP: 36016-310 Telefax: (32)3215-9825 Horário de Funcionamento: de 8h às 17h <a href="mailto:secao.zonadamata@crfmg.org.br">secao.zonadamata@crfmg.org.br</a>