



**Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais**  
**REQUERIMENTO PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO**

Nº de Cadastro do estabelecimento no CRFMG: \_\_\_\_\_ Exercício: 20 \_\_\_\_\_

Razão Social: \_\_\_\_\_

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

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Atividade da empresa/estabelecimento \_\_\_\_\_

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

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

Nome do representante legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Receberei, como remuneração pelos meus serviços, a importância de R\$ : \_\_\_\_\_ ou , declaro que sócio legítimo com o percentual de \_\_\_\_\_ das cotas do estabelecimento/empresa.

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? \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ endereço: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Receberei, como remuneração pelos meus serviços, a importância de R\$ : \_\_\_\_\_ ou , declaro que sócio legítimo com o percentual de \_\_\_\_\_ das cotas do estabelecimento/empresa

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? \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ endereço: \_\_\_\_\_

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

**TERMO DE COMPROMISSO :** Declara ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se a à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro. Firmo o presente termo perante o CRF/MG e no cumprimento do dever profissional. Declaro, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária à empresa acima no horário declarado, do qual assumo responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/MG , de acordo com o que dispõe as leis 3820/60, 13.021/14 e 5991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 ou legislação específica ao estabelecimento, e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados, se não prestar assistência ao estabelecimento no horário previsto neste termo. Declaro ainda que comunicarei ao CRF/MG, quaisquer afastamentos temporários com antecedência mínima de 12 horas. Tenho ciência de que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica a baixa só se concretizará com a protocolização no CRF/MG , mediante a apresentação dos seguintes documentos: Certidão de Regularidade Técnica original , com o verso preenchido e assinado, ou comprovante de rescisão contratual. Na impossibilidade desses, declaração de próprio punho do profissional comunicando a baixa e os motivos da ausência da certidão ou da rescisão, sob pena de responsabilização ético profissional. Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial. Não receberei salário inferior ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços técnicos sob pena de incorrer em infração ética. Em razão de haver folgas em fins de semana e/ou dias da semana, assim como trabalho intermitente, comprometemo-nos a apresentar neste ato a escala respectiva (mês em curso ou vindouro), assim como mantê-la exposta ao público e à fiscalização do CRF, para fins de comprovação de assistência plena, na forma prevista nas Leis 5991/73 e 13021/14. Assim, nos termos da Lei Nº 3820/60 e das Resoluções do CFF, comparecem a este ato de requerimento de Responsabilidade Técnica no CRF/MG, os abaixo assinados:

Assinatura do Diretor Técnico

Assinatura Farmacêutico Assistente /Substituto

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal

## 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 ), e dor representante legal 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](http://WWW.crfmg.org.br) em: Acesso Restrito >Certidões.
- Atenção quanto à assinatura de todos, tanto do Diretor Técnico quanto do Farm. Substituto, e do Representante 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 precisem alterar os dados da Certidão de Regularidade Técnica

### SEDE- BELO HORIZONTE

Rua Urucuia, 48 Floresta - BH – CEP: 30150-060  
Registro : (31) 3218-1023  
Fax: (31) 3218-1001/1002 e confirmar no nº 3218-1027  
e-mail: [registro@crfmg.org.br](mailto:registro@crfmg.org.br)

#### Seção Leste de Minas

R.Barão do Rio Branco, 480 - Salas 901 a 903  
Centro - **Governador Valadares/MG** - CEP: 35010-030  
Telefax: (33)3271-5764  
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h  
[secao.este@crfmg.org.br](mailto:secao.este@crfmg.org.br)

#### Seção Triângulo Mineiro

Av. Anselmo Alves dos Santos, 40  
Bairro Santa Maria- **Uberlândia/MG** - CEP: 38408-041  
Telefax: (34)3235-9960  
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h  
[secao.triangulo@crfmg.org.br](mailto:secao.triangulo@crfmg.org.br)

#### Seção Norte de Minas

Av. Dulce Sarmento - Edifício Master Center, 140 - Salas 309  
São José - **Montes Claros/MG** - CEP: 39400-318  
Telefax: (38)3221-7974  
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h  
[secao.norte@crfmg.org.br](mailto:secao.norte@crfmg.org.br)

#### Seção Vale do Aço

Av. Castelo Branco, 632 - Sala 101  
Horto - **Ipatinga/MG** - CEP: 35160-294  
Telefax: (31)3824-6683  
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h  
[secao.valedoaco@crfmg.org.br](mailto:secao.valedoaco@crfmg.org.br)

#### Seção Sul de Minas

R. Adolfo Olinto, 156 - Sala 306  
Centro - **Pouso Alegre/MG** - CEP: 37550-000  
Telefax: (35)3422-8552  
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h  
[secao.sul@crfmg.org.br](mailto:secao.sul@crfmg.org.br)

#### Seção Zona da Mata

Av. Barão do Rio Branco, 2390 - Sala 803/804  
Centro - **Juiz de Fora/MG** - CEP: 36016-310  
Telefax: (32)3215-9825  
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h  
[secao.zonadamata@crfmg.org.br](mailto:secao.zonadamata@crfmg.org.br)