



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 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

Seção Leste de Minas

R. Sete de Setembro, 2716, sala 904
Centro - **Governador Valadares/MG** - CEP: 35010-171
Telefax: (33)3271-5764
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h
leste@crfmg.org.br

Seção Triângulo Mineiro

Av. Benjamim Magalhães, 1014 sala 02
Bairro Tibery- **Uberlândia/MG** - CEP: 38405-040
Telefax: (34)3235-9960
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h
triangulo@crfmg.org.br

Seção Norte de Minas

Rua Correia Machado, 1025-salas 403/404
Centro - **Montes Claros/MG** - CEP: 39400-090
Telefax: (38)3221-7974
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h
norte@crfmg.org.br

Seção Vale do Aço

Rua Vinhático, 15- sala 905
Horto - **Ipatinga/MG** - CEP: 35160-317
Telefax: (31)3824-6683
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h
valedoaco@crfmg.org.br

Seção Sul de Minas

Praça João Pinheiro, 194-sala 101
Centro - **Pouso Alegre/MG** - CEP: 37550-191
Telefax: (35)3422-8552
Horário de Funcionamento: de 8h às 17h
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
zonadamata@crfmg.org.br