



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CRF-MG - CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Requerimento para Certidão de Anotação de Atividade Profissional Farmacêutica- AAPF

Eu _____, farmacêutico (a)
regulamente inscrito (a) sob o número _____.

Declaro para fins de anotação de atividade junto ao estabelecimento:

Razão Social: _____
CNPJ _____, localizado no endereço _____,
Bairro _____, Cidade _____, que exercerei
atividade técnica profissional de: _____

OBS. Em anexo envio cópia dos seguintes documentos da empresa onde será realizada atividade:

- a) documento comprobatório dos dados da empresa (razão social, endereço e ramo de atividade), podendo ser o cartão do CNPJ, o Original ou Cópia autenticada do Contrato Social, estatuto, ou documento equivalente da empresa arquivada na junta comercial ou cartório de títulos e documentos;
- b) vínculo de trabalho entre o farmacêutico e a empresa, seja carteira de trabalho e previdência social assinada, ou contrato de prestação de serviços, ou contrato social que comprove a sociedade do profissional na empresa;
- c) Declaração com a descrição dos serviços que serão prestados na empresa.

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRFMG e, em cumprimento ao dever profissional, declaro que prestarei efetiva assistência técnica na forma declarada, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei Federal nº 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, em especial ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e legislações complementares, ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no artigo 299 do Código Penal (falsidade ideológica).

Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar ao CRFMG o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária, sob pena de responsabilidade profissional.

Declaro ainda que:

- () Não exerço outras atividades profissionais (quaisquer, inclusive aulas) ou outra diversa;
- () Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários:

Local e data _____, de _____ 20_____

Assinatura do farmacêutico (a)

Sede

Rua Urucuia, 48 - Floresta | CEP 30150-060 | Belo Horizonte - MG
Telefone: (31) 3218 1000 | www.crfmg.org.br

