



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE - CRF - SE

REQUERIMENTO DE REGISTRO DE FIRMA

Nº do Registro _____

Sr.(a) Presidente do CRF/SE – Conselho Regional de Farmácia de Sergipe

Razão Social: _____

Fantasia: _____ Matriz () Filial ()

CNPJ: _____ Inscrição Estadual: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel: () _____ Fax: () _____ e-mail: _____

Natureza da Atividade: () Drogeria () Distribuidora () Indústria

() Farmácia: _____ () Laboratório de : _____

Capital Social: _____

Horário de Funcionamento: _____

Sócio/Proprietário: _____ CPF: _____

End: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel: () _____ e-mail: _____

Sócio/Proprietário: _____ CPF: _____

End: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel: () _____ e-mail: _____

Obs: _____

Vem requerer seu registro, nos termos da Lei nº 3.820/60, de 11 de novembro de 1960.

Outrossim, declaro ter conhecimento de que:

A) A expedição da Certidão de Regularidade será condicionada à aprovação pelo CRF/SE, da solicitação de Responsabilidade Técnica pelo(s) Farmacêutico(s).

B) A Baixa de Responsabilidade Técnica de quaisquer do(s) Farmacêutico(s), implicará na obrigação do requerente apresentar outro profissional, no prazo de 30(trinta) dias, contados da data de rescisão contratual e requerer a respectiva anotação no Cadastro do CRF/SE. O não atendimento destas condições e prazos significará irregularidade do estabelecimento e o sujeitará as penalidades previstas na legislação vigente.

Declaro, também estar ciente que dentro do prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, a contar da data do protocolo, deverei completar o processo de registro, sob a pena de o mesmo ser arquivado sumariamente.

Aracaju(SE), _____ de _____ de 20__

SÓCIO/PROPRIETÁRIO

Av.Beira Mar, 352 – Ed.Farmacêutico Jaldo de Souza Santos – Praia 13 de julho

Aracaju/SE – CEP:49020-010 – Fone: (79)3211-9985/3211-8577

e-mail: crf_se@yahoo.com.br