



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ESTABELECIMENTO PÚBLICO

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 Básica

() Farmácia: _____ () Laboratório de : _____

Capital Social: _____

Horário de Funcionamento: _____

Prefeito/Secretário de Saúde: _____ CPF: _____

End: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____

Tel: () _____ e-mail: _____

Prefeito/Secretário de Saúde: _____ 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__

PREFEITO OU SECRETÁRIO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



SOLICITAÇÃO DE R.T.

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

O Profissional _____ CRF/SE nº _____

Categoria: _____ Residente e domiciliado à _____

_____ Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____ FONE: () _____

Vem requerer a responsabilidade técnica pelo estabelecimento público _____

_____ com o nome de Fantasia _____

_____, situada à _____

Município: _____ Horário de funcionamento: _____

TERMO DE COMPROMISSO

Firmo o presente termo perante o **Conselho Regional de Farmácia do Estado de Sergipe – CRF/SE** e no cumprimento do dever profissional. **DECLARO** sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao Estabelecimento acima de segunda a sexta, no horário de _____ às _____ e das _____ às _____, sábado das _____ as _____ e das _____ as _____ e domingos das _____ às _____ e das _____ as _____ qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/SE, de acordo com o que dispõe o as Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 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**, outrossim, que pelos meus serviços técnicos profissionais, rescisão de contrato de trabalho a presente responsabilidade técnica só se concretizará após a data do protocolo no CRF/SE do requerimento da baixa de responsabilidade técnica e entrega da Certidão de Regularidade Técnica a este Conselho.

Aracaju(SE), _____ de _____ de 20____

FARMACÊUTICO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



FORMULÁRIO PARA DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais ou análogas:

01. FIRMA/ÓRGÃO: _____
END: _____
CIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE TRABALHO: _____

02. FIRMA/ÓRGÃO: _____
END: _____
CIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE TRABALHO: _____

03. FIRMA/ÓRGÃO: _____
END: _____
CIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE TRABALHO: _____

Não exerço outras atividades profissionais ou análogas. Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento, sujeitar-me a ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e falta ética prevista no artigo 23 Inciso IV do Código de Ética Profissional, bem como comprometo-me a comunicar o CRF sobre eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SERGIPE

Aracaju(SE), ____ de _____ de 20__

FARMACÊUTICO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ASSISTÊNCIA(PÚBLICO)

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

Declaramos para os devidos fins que o estabelecimento público

De CNPJ: _____, situada no (a) _____,

Nº _____, bairro: _____, CEP: _____,

Cidade: _____ Estado: _____, funciona de segunda a sexta-feira, no horário de _____ às _____ e das _____ às _____, Sábado _____ às _____ e domingo _____ às _____, pelo farmacêutico (Diretor Técnico) _____ CRF/SE nº _____

com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda-feira a sexta-feira e das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____ dividindo com o (a) farmacêutico (a) _____

CRF/SE nº _____ com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda-feira a sexta-feira e das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados e das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____ . Dividindo com o (a) farmacêutico (a) _____

CRF/SE nº _____ com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda-feira a sexta-feira e das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados e das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____ .Dividindo com o (a) farmacêutico (a) _____

CRF/SE nº _____ com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda-feira a sexta-feira e das _____ às _____ e das _____ às _____ aos sábados e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____, Dividindo com o (a) farmacêutico (a) _____ CRF/SE

nº _____ com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda-feira a sexta-feira e aos sábados das _____ às _____ e das _____ às _____ aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____ .Dividindo com o (a) farmacêutico

(a) _____ CRF/SE nº _____ com horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda-feira a sexta-feira, aos sábados das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____ .

Aracaju(SE), ____ de _____ de 20__

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL