



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



## 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 ( ) Industria

( ) 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**



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

\_\_\_\_\_ 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.

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



## 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.

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

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

Declaramos para os devidos fins que a empresa \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, De CNPJ: \_\_\_\_\_, situada no  
(a) \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, bairro: \_\_\_\_\_,  
CEP: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_,  
funciona de segunda-feira a sexta-feira das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Sábado \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e domingo \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Com o responsável técnico \_\_\_\_\_  
CRF/SE N° \_\_\_\_\_ no horário de assistência farmacêutica de segunda à sexta-feira de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_, sábado \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e domingo \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dividindo horário com a farmacêutico (a) \_\_\_\_\_ CRF/SE N° \_\_\_\_\_ com horário de assistência de segunda-feira a sexta-feira das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ sábado \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e domingo das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ dividindo como(a) farmacêutico(a) \_\_\_\_\_ CRF/SE n° \_\_\_\_\_ com horário de assistência de segunda-feira a sexta-feira das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ sábado \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e domingo das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ Dividindo horário de assistência com \_\_\_\_\_ CRF/SE n° \_\_\_\_\_ assistência de segunda a sexta com horário das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ sábado das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e aos domingos das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ dividindo com o(a) farmacêutico(a) \_\_\_\_\_ CRF/SE n° \_\_\_\_\_ no horário de assistência das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ de segunda a sexta e aos sábados das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e domingo das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ dividindo com o farmacêutico \_\_\_\_\_ CRF/SE n° \_\_\_\_\_ Com assistência das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ 2ª feira a 6ª feira, sábado das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e domingo das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_; dividindo com o farmacêutico \_\_\_\_\_ CRF/SE n° \_\_\_\_\_ com assistência de 2ª feira a 6ª feira de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_, sábado das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_, domingo das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e das \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_.

Aracaju (SE), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO**