



## CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS

### Requerimento para Certidão de Anotação de Atividade Profissional Farmacêutica- AAPF

Eu \_\_\_\_\_, farmacêutico (a) regularmente 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;

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(a) Farmacêutico (a)**