



Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais  
REQUERIMENTO PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE – CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO- PESSOA FÍSICA E  
TERMO DE COMPROMISSO

Nº de Cadastro do consultório no CRFMG: \_\_\_\_\_ Exercício: 20 \_\_\_\_\_

CPF do farmacêutico: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefone Comercial: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Horário de Funcionamento (segunda-feira a sexta-feira) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs.

Horário de Funcionamento (sábado): \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs. Horário de Funcionamento (domingo) \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs

**Farmacêutico – Diretor/Responsável- Técnico :**

Inscrição CRFMG: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone:( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho ( Opcional) (segunda feira a sexta feira) :	Intervalo	às
Horário de trabalho ( Opcional)(sábado):	Intervalo	às
Horário de trabalho ( Opcional) (Domingo):	Intervalo	às

Possui outra atividade , mesmo não vinculada a profissão farmacêutica ou atividade de Fiscal da vigilância sanitária? \_\_\_\_\_

Empresa: \_\_\_\_\_ endereço: \_\_\_\_\_

Horário de trabalho: \_\_\_\_\_ função: \_\_\_\_\_

**TERMO DE COMPROMISSO** :Declara ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se a à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro. Firmo o presente termo perante o CRF/MG e no cumprimento do dever profissional. Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial. Assim, nos termos da Lei Nº 3820/60 e das Resoluções do CFF, comparece a este ato de requerimento de Responsabilidade Técnica no CRF/MG, o abaixo assinado:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor Técnico

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO E ENVIO DO REQUERIMENTO:

- Preencha todos os campos com todos os dados, do estabelecimento, do Diretor(a) Técnico(a) com letra legível e sem rasuras e nos envie por e-mail.
- Não serão aceitos formulários fora do padrão.
- **Não há exigência para declarar horário de assistência em consultórios farmacêuticos – A declaração é opcional.**
- Se declarar o horário de trabalho ,preencha da seguinte forma: Informe o horário de Início e fim do expediente e, em destaque, informe o horário de intervalo.  
**Exemplo:** Horário de trabalho de segunda a sexta feira de:  8  às  20  Intervalo:  12  às  14 .
- Todas as informações e pendências serão enviadas por e-mail (é importante preencher o campo com os e-mails).
- A Certidão de Regularidade estará disponível no site, 24 horas após sua expedição: [www.crfmg.org.br](http://www.crfmg.org.br) em: Serviços- CR/WEB.

<b>SEDE- BELO HORIZONTE</b> R. Rodrigues Caldas, 493 Santo Agostinho - BH – CEP: 30.190-120 Registro : (31) 3218-1023 e-mail: <a href="mailto:registro@crfmg.org.br">registro@crfmg.org.br</a>	
<b>Seção Leste de Minas</b> R. Sete de Setembro, 2716, sala 904 Centro - <b>Governador Valadares/MG</b> - CEP: 35010-171 Tel: (33)3271-5764 Horário de Funcionamento: de 8h às 17h <a href="mailto:leste@crfmg.org.br">leste@crfmg.org.br</a>	<b>Seção Triângulo Mineiro</b> Av. Bahia, 1220 Bairro Brasil- <b>Uberlândia/MG</b> - CEP: 38400-662 Tel: (34)3235-9960 Horário de Funcionamento: de 8h às 11:30 e 12:45 as 17h <a href="mailto:triangulo@crfmg.org.br">triangulo@crfmg.org.br</a>
<b>Seção Norte de Minas</b> Rua Correia Machado, 1025-salas 403/404 Centro - <b>Montes Claros/MG</b> - CEP: 39400-090 Telefax: (38)3221-7974 Horário de Funcionamento: de 8h às 12 e 13 as 17h <a href="mailto:norte@crfmg.org.br">norte@crfmg.org.br</a>	<b>Seção Vale do Aço</b> Rua Vinhático, 15- sala 905 Horto - <b>Ipatinga/MG</b> - CEP: 35160-317 Tel: (31)3824-6683 Horário de Funcionamento: de 8h às 17h <a href="mailto:valedoaco@crfmg.org.br">valedoaco@crfmg.org.br</a>
<b>Seção Sul de Minas</b> R. São José, 336 ( Espaço S) Centro - <b>Pouso Alegre/MG</b> - CEP: 37550-226 Tel: (35)3422-8552 Horário de Funcionamento: de 8h as 12 e 13 as 17h <a href="mailto:sul@crfmg.org.br">sul@crfmg.org.br</a>	<b>Seção Zona da Mata</b> Av. Barão do Rio Branco, 2390 - Sala 803/804 Centro - <b>Juiz de Fora/MG</b> - CEP: 36016-310 Tel: (32)3215-9825 Horário de Funcionamento: de 8h às 17h <a href="mailto:zonadamata@crfmg.org.br">zonadamata@crfmg.org.br</a>