



**Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais**  
**REQUERIMENTO PARA OBTENÇÃO DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO**

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

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ cidade: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ Atividade da empresa/estabelecimento \_\_\_\_\_

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

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

Nome do representante legal: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Receberei, como remuneração pelos meus serviços, a importância de R\$ : \_\_\_\_\_ ou , declaro que sócio legítimo com o percentual de \_\_\_\_\_ das cotas do estabelecimento/empresa.

Horário de trabalho (segunda feira a sexta feira) :	Intervalo	às
Horário de trabalho (sábado):	Intervalo	às
Horário de trabalho (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: \_\_\_\_\_

(  ) Farmacêutico- Assistente Técnico (  ) Farmacêutico- Substituto afastamento do Diretor Técnico ou do Assistente técnico

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

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_

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

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

Receberei, como remuneração pelos meus serviços, a importância de R\$ : \_\_\_\_\_ ou , declaro que sócio legítimo com o percentual de \_\_\_\_\_ das cotas do estabelecimento/empresa

Horário de trabalho (segunda feira a sexta feira) :	Intervalo	às
Horário de trabalho (sábado):	Intervalo	às
Horário de trabalho (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 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. Declaro, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária à empresa acima no horário declarado, do qual assumo responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/MG , de acordo com o que dispõe as leis 3820/60, 13.021/14 e 5991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 ou legislação específica ao estabelecimento, 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 ainda que comunicarei ao CRF/MG, quaisquer afastamentos temporários com antecedência mínima de 06 horas. Tenho ciência de que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica a baixa só se concretizará com a protocolização no CRF/MG , mediante a apresentação dos seguintes documentos: Certidão de Regularidade Técnica original , com o verso preenchido e assinado, ou comprovante de rescisão contratual. Na impossibilidade desses, declaração de próprio punho do profissional comunicando a baixa e os motivos da ausência da certidão ou da rescisão, sob pena de responsabilização ético profissional. Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial. Não receberei salário inferior ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços técnicos sob pena de incorrer em infração ética. Em razão de haver folgas em fins de semana e/ou dias da semana, assim como trabalho intermitente, comprometemo-nos a apresentar neste ato a escala respectiva (mês em curso ou vindouro), assim como mantê-la exposta ao público e à fiscalização do CRF, para fins de comprovação de assistência plena, na forma prevista nas Leis 5991/73 e 13021/14. Assim, nos termos da Lei Nº 3820/60 e das Resoluções do CFF, comparecem a este ato de requerimento de Responsabilidade Técnica no CRF/MG, os abaixo assinados:

Assinatura do Diretor Técnico

Assinatura Farmacêutico Assistente /Substituto

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

Assinatura do Representante Legal

## ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO E ENVIO DO REQUERIMENTO:

- Preencha todos os campos com os dados e horários, do estabelecimento, do Diretor(a) Técnico(a) e do(s) Farmacêutico(s) Assistente Técnico(s) ( se for o caso ), e dor representante legal com letra legível e sem rasuras e nos envie por e-mail ou pelos correios.
- Caso o estabelecimento não tenha farmacêutico Assistente Técnico pode deixar em branco.
- **Farmacêutico Substituto:** Substitui o Farmacêutico Diretor Técnico ou Farmacêutico Assistente Técnico nos casos de afastamento por período superior a 30 dias.
- Não serão aceitos formulários fora do padrão.
- Anexar junto com o requerimento cópia do vínculo empregatício quando o farmacêutico for funcionário.
- Obs. A cópia da carteira de trabalho do farmacêutico deve estar completa: páginas da foto, qualificação civil, contrato de trabalho e a última alteração de salário ou Carteira de Trabalho Digital emitida no aplicativo “ Carteira Trabalho Digital”.
- Quanto ao 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).
- Atenção quanto à assinatura de todos, tanto do Diretor Técnico quanto do Farm. Substituto, e do Representante legal da Empresa, ao final do requerimento
- O CRT será enviado para o email da empresa.

<b>SEDE- BELO HORIZONTE</b> Rua Rodrigues Caldas 493, Santo Agostinho - BH – CEP: 30190-120 Registro : (31) 3218-1023 e-mail: <a href="mailto:registro@crfm.org.br">registro@crfm.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 11h e 12 h às 17h <a href="mailto:leste@crfm.org.br">leste@crfm.org.br</a>	<b>Seção Triângulo Mineiro</b> R. 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 às 17h <a href="mailto:triangulo@crfm.org.br">triangulo@crfm.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 Tel: (38)3221-7974 Horário de Funcionamento: de 8h às 12 e 13h às 17h <a href="mailto:norte@crfm.org.br">norte@crfm.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 12h e 13h às 17h <a href="mailto:valedoaco@crfm.org.br">valedoaco@crfm.org.br</a>
<b>Seção Sul de Minas</b> R. São José, 336 ( Espaço S) Centro - <b>Pouso Alegre/MG</b> - CEP: 37550-177 Tel: (35)3422-8552 Horário de Funcionamento: de 8h às 12h e 13 h às 17h <a href="mailto:sul@crfm.org.br">sul@crfm.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 12h e 13h às 17h <a href="mailto:zonadamata@crfm.org.br">zonadamata@crfm.org.br</a>