**Ilmº Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Pernambuco.**

Protocolo Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sócio/Diretor da empresa/Instituição (Razão Social) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CNPJ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inscrita no CRF/PE sob nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estabelecida à Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bairro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Complemento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cidade \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fone:( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e que tem como Responsável Técnico o(a) farmacêutico(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no CRF/PE sob nº. \_\_\_\_\_\_\_\_, admitido em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, vem com o presente requerer a RENOVAÇÃO DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE (CR) da empresa acima, referente ao exercício de \_\_\_\_\_\_\_.

**Horário de funcionamento do estabelecimento**

SEG \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ TER \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ QUA \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ QUI \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_.   
[ \_ ] **24 HORAS**

**Horário de permanência do Responsável Técnico**

SEG \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ TER \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ QUA \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ QUI \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_.   
**Escala \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciência do Profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Plantonista: Regime \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ex.: 12x60) Turno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Diurno/Noturno) Data do último plantão \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Horário do farmacêutico assistente técnico: CRF/PE: \_\_\_\_\_\_ Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

SEG \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ TER \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ QUA \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ QUI \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_.   
**Escala \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciência do Profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Plantonista: Regime \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ex.: 12x60) Turno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Diurno/Noturno) Data do último plantão \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Horário do farmacêutico assistente técnico: CRF/PE: \_\_\_\_\_\_ Nome:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

SEG \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ TER \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ QUA \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ QUI \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEX \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOM \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_.   
**Escala \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciência do Profissional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Plantonista: Regime \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ex.: 12x60) Turno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Diurno/Noturno) Data do último plantão \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

Onde deseja receber a Certidão de Regularidade?

SEDE ( ) SUBSEDE CARUARU ( ) SUBSEDE GARANHUNS ( ) SUBSEDE PETROLINA ( ) SUBSEDE SERRA TALHADA ( )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do sócio/diretor Assinatura do Responsável Técnico**

|  |  |
| --- | --- |
| **E-012 FORMULÁRIO RENOVAÇÃO CR** | **Pág.01** |