



CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE PERNAMBUCO
 Rua Amélia, 50 - Espinheiro - 52020-150 - Recife/PE
 PABX: (81) 3426-8540 | CNPJ: 09.822.982/0001-71
 www.crfpe.org.br | secretaria@crfpe.org.br

Protocolo N° _____
 Data ____/____/____

Imº Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Pernambuco.

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