



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

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

_____ Diretor/proprietário da
 empresa (Razão Social) _____, inscrita no
 CRF-PE sob nº _____, localizada à rua _____
 nº _____ Complemento _____ bairro _____ cidade _____
 CEP: _____ - _____ fone: () _____ - _____, E-mail: _____,
 vem pelo presente requerer o seguinte:

- 01 - () INSCRIÇÃO
- 02 - () VISTO CONTRATO DE RESP. TÉCNICA
- 03 - () VISTO CONTRATO DE SUBSTITUTO
- 04 - () VISTO RESCISÃO DE CONTRATO
- 05 - () ALTERAÇÃO DE RAZÃO SOCIAL
- 06 - () ALTERAÇÃO DE HORÁRIO
- 07 - () ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO
- 08 - () ALTERAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL
- 09 - () CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO
- 10 - () SUSPENSÃO DE ATIVIDADE
- 11 - () APRESENTAÇÃO DE DEFESA
- 12 - () _____

<u>Observações necessárias</u>

Para tanto faz juntada dos documentos necessários.

_____, _____ de _____ de _____.

Diretor/Sócio proprietário

DECLARAÇÃO

Respeitando as Resoluções e Deliberações dos Conselhos Federal e Regional de Farmácia, que consideram a necessidade de zelar pela saúde pública, assim como a necessidade de preservar o profissional farmacêutico, declaro para os devidos fins de direito que a Firma:

Razão Social: _____.

CNPJ: _____.

Endereço: _____,

cidade: _____ CEP: _____.

- Dispensa/Distribui substâncias entorpecentes ou psicotrópicas: - SIM - NÃO
- Manipula substâncias entorpecentes ou psicotrópicas: - SIM - NÃO

_____, _____ de _____ de _____.

PROPRIETÁRIO

REPRESENTANTE LEGAL

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
Diretor/Sócio proprietário da empresa (razão social) _____
_____, estabelecida à rua _____
_____ nº _____ bairro _____
cidade _____, declaro para fins de comprovação junto ao Conselho
Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco que a empresa acima citada tem o seguinte
horário de funcionamento:

SEGUNDA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
TERÇA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
QUARTA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
QUINTA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
SEXTA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
SÁBADO.....	de	_____	às	_____
DOMINGO.....	de	_____	às	_____

Declaro, outrossim, que todas as informações acima são verídicas.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Diretor/Sócio Proprietário



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

TERMO DE COMPROMISSO

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco - CRF/PE e no cumprimento do dever profissional, DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao Estabelecimento _____ no horário a seguir: 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 ____:____, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF- PE de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 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, outrossim, que pelos meus serviços técnicos profissionais não receberei salário inferior ao salário ético e que tenho conhecimento de que no caso de rescisão do contrato de trabalho a presente responsabilidade técnica, só se concretizará após a data do protocolo no CRF-PE do requerimento de baixa de responsabilidade técnica, e entrega do Certificado de Regularidade Técnica a este Conselho.

_____, _____ de _____ de 20____.

Farmacêutico – CRF/PE nº _____



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

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES PROFISSIONAIS FARMACÊUTICA

Eu, _____ Farmacêutico (a), Inscrito (a) no
CRF-PE sob o nº _____, portador (a) da identidade _____, declaro, perante
o Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco que exerço as seguintes atividades, dentro do âmbito
profissional farmacêutico, bem como os horários que presto efetiva assistência técnica ao (s) estabelecimento (s):

A) COMO RESPONSÁVEL TÉCNICO: (Preencha apenas se V.Sa. tiver responsabilidade técnica)

1 – Razão Social: _____, endereço completo

cidade: _____ fone: _____

Horário de minha permanência no estabelecimento: SEG ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ TER ____:____ /
____:____ e ____:____ / ____:____ QUA ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ QUI ____:____ / ____:____ e
____:____ / ____:____ SEX ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ SAB ____:____ / ____:____ e ____:____ /
____:____ DOM ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____.

2 – Razão Social: _____, endereço completo

cidade: _____ fone: _____

Horário de minha permanência no estabelecimento: SEG ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ TER ____:____ /
____:____ e ____:____ / ____:____ QUA ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ QUI ____:____ / ____:____ e
____:____ / ____:____ SEX ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ SAB ____:____ / ____:____ e ____:____ /
____:____ DOM ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____.

3 – Razão Social: _____, endereço completo

cidade: _____ fone: _____

Horário de minha permanência no estabelecimento: SEG ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ TER ____:____ /
____:____ e ____:____ / ____:____ QUA ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ QUI ____:____ / ____:____ e
____:____ / ____:____ SEX ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ SAB ____:____ / ____:____ e ____:____ /
____:____ DOM ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____.

B) COMO FUNCIONÁRIO: (Empresa e/ou órgãos das quais V.Sa. é funcionário mas não é o responsável técnico).

1 – Razão Social: _____, endereço completo

cidade: _____ fone: _____

Horário de trabalho: (especificar) _____

2 – Razão Social: _____, endereço completo

cidade: _____ fone: _____

Horário de trabalho: (especificar) _____

Declaro, ainda que não desenvolvo atividades que venham a impossibilitar o cumprimento do horário da assistência farmacêutica requerida, sob pena do Artigo 299 do Código Penal Brasileiro e dispositivo do Código de Ética da Profissão Farmacêutica que todas as informações acima são verídicas.

Ciente da Carga Horária do Farmacêutico. _____, _____ de _____ de _____.

Proprietário

Farmacêutico (a) CRF-PE nº _____



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

CONTRATO DE TRABALHO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA:

Pelo instrumento particular de CONTRATO DE TRABALHO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, com prazo de validade entre a firma: _____, estabelecimento com ramo de _____, à Rua (Av.) _____, na cidade de _____, CNPJ nº _____, representada pelo Sócio(a), Sr(a) _____, CPF nº _____, adiante designada EMPRESA, e o FARMACÊUTICO(A) _____ brasileiro(a), de estado civil: _____, CPF nº _____, inscrito(a) no CRF-PE, sob o nº _____, reside à Rua (Av.) _____, nº _____, bairro _____, na cidade de _____, adiante designado CONTRATADO, fica ajustado o seguinte:

1. O CONTRATADO exercerá para a empresa as funções de FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL TÉCNICO, pela Firma: _____, obrigando-se a fazer os serviços pertinentes à sua função;
2. A RESPONSABILIDADE TÉCNICA é indelegável e caracteriza-se pela aplicação de conhecimentos técnicos, e pela ASSISTÊNCIA TÉCNICA, COMPLETA AUTONOMIA TÉCNICO CIENTÍFICA; CONDUTA ELEVADA DENTRO DOS PADRÕES ÉTICOS que norteiam a profissão e atendimento, como parte diretamente responsável, perante as Autoridades Sanitárias e Profissionais;
3. Pelo efetivo desempenho da atividade de RESPONSÁVEL TÉCNICO a EMPRESA, obriga-se a pagar até o dia 10(dez) de cada mês, uma importância de R\$ _____ (_____) O CONTRATADO representará a EMPRESA perante o CRF-PE, nos assuntos referentes à ALTERAÇÃO CONTRATUAL, REGISTRO, ANUIDADES, CANCELAMENTOS, RENOVAÇÕES, etc.
4. Qualquer das partes só poderá Rescindir o presente CONTRATO, mediante AVISO PRÉVIO, com 30(Trinta) dias de antecedência;
5. Quando da Rescisão do presente CONTRATO, fica o CONTRATADO obrigado a comunicar imediatamente, e por escrito, tal Rescisão ao CRF-PE e, à Autoridade Sanitária, juntando documento comprobatório, constando as assinaturas de ambas as partes;
6. A EMPRESA proporcionará ao CONTRATADO, todas as condições Técnicas necessárias ao desempenho de suas atividades profissionais;
7. As partes obrigam-se o infrator às penas da Lei e ressarcindo os prejuízos que por ventura venham a causar à outra parte.
E por assim terem justos e contratados, assinam o presente CONTRATO, diante das testemunhas baixo mencionadas.

Testemunhas: _____

Testemunhas: _____

_____ de _____ de _____

Proprietário

Farmacêutico (a) CRF-PE nº _____



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

ILMA. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

À Secretaria para os devidos fins.

_____, ____ de _____ de _____.

A Firma _____, através de seu representante legal, Sr (a) _____, juntado os documentos exigidos pela legislação pertinente, requer a V. Sa. que se digne mandar processar a sua inscrição no CRF-PE.

Para esse efeito e organização dos assentamentos declara:

1. Que é filho (a) de (pai) _____ e de (mãe) _____, nascido (a) no dia ____/____/____, na cidade de _____ no Estado de _____, sendo _____ (estado civil), carteira de identidade n.º _____ expedida pela _____ em ____/____/____, CPF n.º _____, natural de _____.
2. Que reside atualmente na _____, n.º _____, complemento _____, bairro _____, na cidade de _____ no Estado de _____, com o CEP _____, Fone: _____, Celular _____.
3. Que _____ (sim ou não) possui outra empresa de produtos farmacêuticos, situada na _____, cuja razão social é _____ que se encontra em exercício desde _____ no ramo de _____.

_____, ____ de _____ de _____.

(Local e data)

Assinatura do (a) Requerente

Obs.: 1. Todos os dados acima estão sujeitos a confirmação do CRF/PE.

2. A inserção de declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita configura-se crime de falsidade ideológica, sujeitando o infrator às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal Brasileiro.



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

CADASTRO DO SETOR DE FISCALIZAÇÃO (P/ FIRMA INDIVIDUAL)

Prezado Presidente:

O abaixo assinado desejando exercer atividade Farmacêutica na localidade de _____ à _____, declara, sob as penas da lei (art.299 do Cód. Penal). Nome _____
Nacionalidade: _____ Natural de: _____
Nascido em: ____/____/____, Estado Civil: _____ Filiação: _____
_____ e _____
Residência atual: _____ e anterior: _____
_____. Quanto tempo reside no endereço atual? _____. N.º do CPF: _____. N.º do CNPJ: _____
_____. N.º da Carteira de identidade nº _____ Expedidor: _____
Data da expedição: ____/____/____.
Possui alguma outra Firma de Produtos Farmacêuticos? _____ Qual? _____
_____. Local: _____
_____. O estabelecimento encontra-se em atividade? _____. Desde quando? ____/____/____. Gênero de Negócio: _____.

_____, ____ de _____ de _____.
(Local e data)

Assinatura do (a) Requerente

Obs.: Todos os dados acima estão sujeitos a confirmação, a critério do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco – CRF-PE.



CADASTRO DO SETOR DE FISCALIZAÇÃO (SOCIEDADE)

Senhor Presidente:

Os abaixo assinados, desejando exercer atividades Farmacêuticas na localidade de _____ à _____ n° _____, declara, sob as penas da Lei (Art. 229 do Código Penal): Razão Social: _____
 Gênero de negócio: _____.

Nome do (s) sócio (s):

1 - Nome: _____
 Residência atual: _____ n° _____
 Residência anterior: _____
 CPF: _____, identidade n° _____ Expedidor: _____ Data: ____/____/____
 Filiação: _____ e _____
 Naturalidade: _____ Data nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

2 - Nome: _____
 Residência atual: _____ n° _____
 Residência anterior: _____
 CPF: _____, identidade n° _____ Expedidor: _____ Data: ____/____/____
 Filiação: _____ e _____
 Naturalidade: _____ Data nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

3 - Nome: _____
 Residência atual: _____ n° _____
 Residência anterior: _____
 CPF: _____, identidade n° _____ Expedidor: _____ Data: ____/____/____
 Filiação: _____ e _____
 Naturalidade: _____ Data nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

4 - Nome: _____
 Residência atual: _____ n° _____
 Residência anterior: _____
 CPF: _____, Identidade n° _____ Expedidor: _____ Data: ____/____/____
 Filiação: _____ e _____
 Naturalidade: _____ Data nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Algum dos sócios acima possui alguma empresa com o ramo de Produtos Farmacêuticos, ou Sociedade? _____
 qual? _____ Local: _____

O estabelecimento encontra-se em atividade? _____ desde quando? _____

Obs: Todos os dados acima estão sujeitos a confirmação, a critério do CRF-PE.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinaturas: _____



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

CATEGORIA II – FIRMAS
INSCRIÇÃO NO CRF-PE nº _____

IlmoºSr.

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco

Razão Social: _____

Nome do Estabelecimento: _____

CNPJ nº _____ Endereço: _____

_____ Bairro _____

Cidade: _____ Telefone: _____ - _____ Cx.postal _____

Registro na Junta Comercial nº _____

Valor do Capital Registrado _____

Registro na Vigilância Sanitária em _____ de _____ de _____

Natureza da atividade: _____

Farmacêutico Responsável: _____

Inscrição no CRF/PE nº _____ Categoria _____

Observações: _____

Vem requerer a V.Sa. o seu registro, nos termos da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960.

Nestes termos
Pede Deferimento

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do requerente



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

OBS: Indicar as ruas e pontos de referências, tais como: Logradouros Públicos, Igrejas, Postos de Gasolina, Escolas, Fábricas, Etc.

Nome: _____

Rua ou Avenida: _____

Nº: _____ Bairro: _____ Cidade: _____