



**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 | crfpe@crfpe.org.br

**Ilm° Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Pernambuco.**

\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_.

#### 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 \_\_\_\_\_.

#### Horário do farmacêutico substituto: 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 \_\_\_\_\_.

#### Horário do farmacêutico substituto: 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 \_\_\_\_\_.

#### Horário do farmacêutico substituto: 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 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sócio/diretor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável Técnico