

**FORMULÁRIO PADRÃO DE REQUERIMENTO DE RENOVAÇÃO DA CERTIDÃO DE
REGULARIDADE TÉCNICA - 2017**

ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITOS FORMULÁRIOS COM RASURAS, EMENDAS OU BORRÕES.

Obs.: O preenchimento de todos os campos é obrigatório.

() RENOVAÇÃO DE CRT

Eu, Dr. (a):.....

CRF-MA Nº:.....Residente.....

Bairro:..... Município:.....Cep:.....-

Tel.: (.....) Cel: (.....) E-Mail:.....

Assumo responsabilidade técnica e venho requerer a CRT/2017 da:

Firma de razão social:.....

Nome fantasia Endereço.....

.....

Bairro:..... Município:.....Cep:.....-

Tel.: (.....) CNPJ:.....

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA FIRMA

| | Abertura | Intervalo | Intervalo | Encerramento |
|-----------------|----------|-----------|-----------|--------------|
| SEGUNDA A SEXTA | | | | |
| SÁBADO | | | | |
| DOMINGO | | | | |

TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Eu, farmacêutico(a), () DIRETOR TÉCNICO () ASSISTENTE TÉCNICO () SUBSTITUTO, declaro sob pena das sanções pertinentes, que assumo a responsabilidade técnica no estabelecimento, conforme horário abaixo discriminado, e prestarei efetiva assistência e demais compromissos de acordo com o que dispõe as leis nº 3.820/60, 5.991/73 e decretos regulamentadores 85.878/81, 74.170/74 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Ademais, fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados, se não prestar assistência técnica ao estabelecimento no horário previsto neste termo. Declaro, também, 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, comunicarei ao CRF-MA e farei a devolução da certidão de regularidade, no prazo de 05 dias úteis, conforme legislação em vigor.

HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

| | Entrada | Saída | Entrada | Saída |
|-----------------|---------|-------|---------|-------|
| SEGUNDA A SEXTA | | | | |
| SÁBADO | | | | |
| DOMINGO | | | | |

| ESTABELECIMENTO onde exerço outras atividades | Local (Município) | Cargo | Horário |
|---|-------------------|-------|---------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

....., DEDE 20.....

ASSINATURA E CARIMBO DO FARMACÊUTICO
(com firma reconhecida)

ASSINATURA E CARIMBO DO PROPRIETÁRIO
(com firma reconhecida)

A CRT SERÁ RETIRADA NO CRF: () SEDE, () SECCIONAL OU () SUBSEÇÃO

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Quadra. B, número 7 - São Francisco São Luís - MA CEP: 65075-270.
Fone:
(98) 2107-3850/2107-3851
Fax:(+55 98) 2107-3852
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 9h às 17h.

Seccional Imperatriz

Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa, n. 1163, sala 01 - Centro Imperatriz - MA CEP: 65903-279.
Fone/Fax:
(99) 3221-8981 e 3221-8989
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Av. Catulo, n. 170 Equatorial Shopping Center, 2º Piso - Sala 17, Balsas-MA CEP: 65800-000.
Fone:
(99) 3541-3891
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 14h às 18h.