



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**  
**CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE - CRF - SE

**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ESTABELECIMENTO**  
**PÚBLICO**

Nº do Registro \_\_\_\_\_

Sr.(a) Presidente do CRF/SE – Conselho Regional de Farmácia de Sergipe

Razão Social: \_\_\_\_\_

Fantasia: \_\_\_\_\_ Matriz ( ) Filial ( )

CNPJ: \_\_\_\_\_ Inscrição Estadual: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel: ( ) \_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Natureza da Atividade: ( ) Drogeria ( ) Distribuidora ( ) Indústria ( ) Farmácia Básica

( ) Farmácia: \_\_\_\_\_ ( ) Laboratório de : \_\_\_\_\_

Capital Social: \_\_\_\_\_

Horário de Funcionamento: \_\_\_\_\_

Prefeito/Secretário de Saúde: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Prefeito/Secretário de Saúde: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

End: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

Vem requerer seu registro, nos termos da Lei nº 3.820/60, de 11 de novembro de 1960.

Outrossim, declaro ter conhecimento de que:

A) A expedição da Certidão de Regularidade será condicionada à aprovação pelo CRF/SE, da solicitação de Responsabilidade Técnica pelo(s) Farmacêutico(s).

B) A Baixa de Responsabilidade Técnica de quaisquer do(s) Farmacêutico(s), implicará na obrigação do requerente apresentar outro profissional, no prazo de 30(trinta) dias, contados da data de rescisão contratual e requerer a respectiva anotação no Cadastro do CRF/SE. O não atendimento destas condições e prazos significará irregularidade do estabelecimento e o sujeitará as penalidades previstas na legislação vigente.

Declaro, também estar ciente que dentro do prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, a contar da data do protocolo, deverei completar o processo de registro, sob a pena de o mesmo ser arquivado sumariamente.

Aracaju(SE), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

**PREFEITO OU SECRETÁRIO DE SAÚDE**

Av.Beira Mar, 352 – Ed.Farmacêutico Jaldo de Souza Santos – Praia 13 de julho

Aracaju/SE – CEP:49020-010 – Fone: (79)3211-9985/3211-8577

e-mail: [crf\\_se@yahoo.com.br](mailto:crf_se@yahoo.com.br)