



## RENOVAÇÃO DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

#### **Renovação da Certidão de Regularidade**

Formulário original fornecido pelo CRF-PB, com todos os campos preenchidos, sem emenda, sem rasuras e devidamente assinado.

#### **Comprovante de Alteração Contratual**

Cópia de comprovante **atualizado** da alteração contratual que no mesmo possua capital social.

#### **Declaração**

Formulário original fornecido pelo CRF-PB, com todos os campos preenchidos, sem emenda, sem rasuras e devidamente assinado.

#### **Carteira de Identidade Profissional**

Obrigatório para verificação e anotações necessárias.

#### **CTPS - Carteira de Trabalho**

Para constatação do vínculo de trabalho.

#### **Cédula de Identidade Profissional**

**É OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DA NOVA CÉDULA DE IDENTIDADE COM CHIP.** Para se dar entrada em qualquer assunto junto ao CRF-PB

**Taxas Pagas** Certidão de Regularidade, Anuidade Pessoa Jurídica e Anuidade Pessoa Física do ano corrente.

#### **IMPORTANTE**

- Segundo a Resolução do CFF nº 521/09 de 16 de dezembro de 2009, o CRF-PB não poderá receber documentos e formulários **com rasuras, emendas ou com campos não preenchidos.**

**ATENÇÃO:** Os documentos a serem apresentados, quando não redigidos no idioma oficial do país deverão estar acompanhados de cópia autenticada com tradução juramentada.

## RENOVAÇÃO DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE

Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba - CRF- PB

O(a) Profissional Farmacêutico(a):

NOME:		Nº CRF-PB:			
ENDEREÇO:					
BAIRRO:		CIDADE:		UF:	
CEP:		FONE:		E-MAIL:	

Na qualidade de Farmacêutico Diretor Técnico, venho requerer a Renovação da Certidão de Regularidade Técnica, da firma:

Dados do **ESTABELECIMENTO**:

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF-PB/PJ:			
NOME DE FANTASIA:					
ENDEREÇO:		CNPJ:			
BAIRRO:		CIDADE:		UF:	
CEP:		FONE:		E-MAIL:	

DECLARO ter ciência de que terei de devolver de imediato a Certidão de Regularidade ora requerida, em caso de baixa de responsabilidade técnica de qualquer um dos farmacêuticos ou se houver quaisquer alterações dentro do prazo de sua validade.

DECLARO também, que estão exercendo a função de Farmacêutico Assistente Técnico/Farmacêutico Substituto/Farmacêutico Plantonista, nesta firma, com RT anotada junto ao CRF-PB, os farmacêuticos:

**Farmacêutico 1:**

NOME:		Nº CRF-PB:	
CIDADE:		FONE/CELULAR:	
E-MAIL:			

**Farmacêutico 2:**

NOME:		Nº CRF-PB:	
CIDADE:		FONE/CELULAR:	
E-MAIL:			

**Farmacêutico 3:**

NOME:		Nº CRF-PB:	
CIDADE:		FONE/CELULAR:	
E-MAIL:			

**Farmacêutico 4:**

NOME:		Nº CRF-PB:	
CIDADE:		FONE/CELULAR:	
E-MAIL:			

Nestes termos, peço deferimento.

Local e Data:	Assinatura do Farmacêutico Diretor Técnico
---------------	--------------------------------------------

### DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO/AUTORIZAÇÃO PARA RECEBIMENTO POR TERCEIROS

DECLARO para os devidos fins que:

- RECEBI, pessoalmente a CERTIDÃO DE REGULARIDADE acima requerida.
- AUTORIZO, o Sr(a). \_\_\_\_\_, abaixo assinado, portador(a) do RG Nº. \_\_\_\_\_, a RECEBER a CERTIDÃO DE REGULARIDADE acima requerida.

**DADOS DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA:**

Nº DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE: _____	DATA DO RECEBIMENTO: ____/____/____
---------------------------------------	-------------------------------------

Assinatura do(a) Farmacêutico(a)

Assinatura do(a) Portador(a)

## DECLARAÇÃO

DECLARO para os devidos fins, que o Estabelecimento Farmacêutico abaixo descrito:

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome de Fantasia: \_\_\_\_\_

Nº de Registro no CRF/PB: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

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

CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

Tem ciência inequívoca da Decisão Judicial - Liminar referente ao Processo nº 17898-55.2014.4.01.3400, que desobriga os filiados de determinados sindicatos e associações, de possuírem a Certidão de Regularidade Técnica – CRT, expedida pelos Conselhos Regionais de Farmácia.

### Declara ainda que:

Não é AFILIADO a ABCFARMA nem a Sindicatos e Associações contempladas com a LIMINAR acima citada, e que está solicitando ao CRF-PB a expedição da CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA.

É AFILIADO a ABCFARMA e/ou a Sindicatos ou Associações contempladas com a LIMINAR acima citada e que, mesmo assim, renuncia aos direitos concedidos pela mesma e está solicitando ao CRF-PB a expedição da CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local e Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Proprietário(a)/Sócio(a)/Representante Legal

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

### OBSERVAÇÃO:

- A Renúncia aos Direitos concedidos pela Liminar não implica em Renúncia da Ação;;
- Reconhecer firma em Cartório da Assinatura do(a) Proprietário(a)/Sócio(a)/Representante Legal;
- Apresentar Procuração reconhecida firma caso o estabelecimento esteja representado por seu procurador (cópia autenticada da procuração).