



RENOVAÇÃO DA CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA ÓRGÃO PÚBLICO

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.

Carteira de Identidade Profissional

Obrigatório para verificação e anotações necessárias.

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 (Isento mediante solicitação) 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/UNIDADE DE SAÚDE:**

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF-PB/PJ:			
NOME DA UNIDADE:					
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:

<input type="checkbox"/> RECEBI, pessoalmente a CERTIDÃO DE REGULARIDADE acima requerida.
<input type="checkbox"/> 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)