



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

Protocolo N° _____
 Data ____/____/____

Ilmº Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Pernambuco.

Eu, _____ 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 assistente técnico: 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 assistente técnico: 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 assistente técnico: 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