

REQUERIMENTO DO ESTABELECIMENTO

Ilmo(a) Sr(a)
Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

A empresa sob o CNPJ: . . / - tendo como representante legal:

Razão Social: Nome Fantasia:

Endereço: N.º: Bairro: Fone: () - CEP: -

Cidade: ☒ UF: MT Cap. Social R\$: e-mail:

Tipo de estabelecimento, :

Que terá o seguinte horário de funcionamento:

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h

OBS:

Vem através deste, requerer:

☐ Inclusão de Profissionais Responsáveis Técnicos

☐ Alteração de Horário de Funcionamento ou Assistência

☐ Alteração de Cargo de Responsável Técnico

☐ Atualização de Dados Cadastrais

Empresa inscrita no CRF-MT sob o nº: , que por seu representante legal, em cumprimento ao que determina o art. 24 da Lei 3.820/60; art. 15 da Lei 13.021/14; e Resoluções 577/2013, 14/2024 e 721/2022 do CFF, vem com acatamento apresentar, ao exercício das respectivas funções, o(s) profissional(is) no(s) seu(s) respectivos cargos e horário(s) conforme abaixo discriminados:

Cargo: **Diretor Técnico** Inscrição CRF-MT: Nome:

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h

Cargo: ☒ Inscrição CRF-MT: Nome:

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h

Cargo: ☒ Inscrição CRF-MT: Nome:

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h

Cargo: ☒ Inscrição CRF-MT: Nome:

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h

Cargo: ☒ Inscrição CRF-MT: Nome:

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h

Cargo: ☒ Inscrição CRF-MT: Nome:

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h

Cargo: ☒ Inscrição CRF-MT: Nome:

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h

Cargo: ☒ Inscrição CRF-MT: Nome:

DOMINGO		SEGUNDA-FEIRA		TERÇA-FEIRA		QUARTA-FEIRA		QUINTA-FEIRA		SEXTA-FEIRA		SÁBADO	
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h
:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h	:	h

Requer a **ANOTAÇÃO NO SEU CADASTRO** perante este **CRF-MT** e ainda, o recebimento do(s) termo(s) de compromisso(s) do(s) farmacêutico(s) aqui indicado(s), fico ciente que:

✓ No caso do não preenchimento de todo o horário de funcionamento deste estabelecimento com a devida assistência técnica, e ainda que a omissão ou declaração falsa do horário de funcionamento, estarei sujeito a sanções legais cabíveis, inclusive autuações e multas

✓ Que deverei renovar anualmente a Certidão de Regularidade Técnica - (CRT).

✓ Que deverei efetuar o pagamento das anuidades em conformidade com o artigo 22, parágrafo único da Lei 3.820/60.

✓ Em caso de encerramento das atividades, solicitarei a baixa de firma junto ao CRF, sob pena de continuar sendo cobrado o pagamento das anuidades. Nestes termos, pede deferimento.

Data, / /

Diretor Técnico

Representante legal do estabelecimento