



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Instruções para o preenchimento do Formulário 19

O Formulário 19 tem como finalidade o requerimento de certidões diversas para empresas. A imagem foi dividida de acordo com o esquema de cores para facilitar o entendimento.

FORMULÁRIO Nº 19

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou **desconfiados**, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

REQUERIMENTO DE CERTIDÕES – PESSOA JURÍDICA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do ESTABELECIMENTO:

| | | | |
|---------------|-----------|------------|--------|
| Razão Social: | | Nº CRF-PJ: | |
| Endereço: | | Nº: | Compl. |
| Bairro: | Cidade: | Estado: | |
| Cep: | Fone: () | E-mail: | |

Dados do PROFISSIONAL

| | | | |
|---|---------|------------|--------|
| Nome: | | Nº CRF-PF: | |
| Endereço: | | Nº: | Compl. |
| Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: |
| Fone: | Cel.: | E-mail: | |
| Doador de órgãos e tecidos? () Sim () Não | | | |

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Certidão Negativa de Débito

Certidão para fins de Licitação

Registro de Atestado de Capacidade Técnica

Outros, (especificar): _____

Nestes termos, peço deferimento.

| | | | |
|--------|-----|-------|-----|
| _____ | de | _____ | de |
| Cidade | Dia | Mês | Ano |

Assinatura do farmacêutico / representante legal

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário



Na parte superior do formulário há instruções em relação ao preenchimento do formulário e a parte de requerimento, ou seja, indica o procedimento solicitado perante o CRF-SP.

REQUERIMENTO DE CERTIDOES – PESSOA JURIDICA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do ESTABELECIMENTO:

| | | | |
|------------------------|---------------------|---------------------|------------------|
| Razão Social: 1 | | Nº CRF-PJ: 2 | |
| Endereço: 3 | | Nº: 4 | Compl. 5 |
| Bairro: 6 | Cidade: 7 | | Estado: 8 |
| Cep: 9 | Fone: () 10 | E-mail: 11 | |

1 – Razão Social: Neste campo deve-se preencher a razão social do estabelecimento requerente, permitindo-se abreviações caso o espaço seja insuficiente.

2 – N° CRF-PJ: Este é o número de inscrição do estabelecimento no CRF. Tanto o número que consta no protocolo (7 dígitos), como o número que conta na CR/RRT/RFS (5 dígitos) podem ser preenchidos neste campo. Caso esteja em branco ou o número esteja errado, o próprio funcionário pode preencher a lápis para identificação. É o único campo que pode haver o preenchimento por parte do funcionário.

3 – Endereço: Neste campo, deve estar preenchido o endereço (logradouro) do estabelecimento do requerente.

4 – Número: É o número do endereço do estabelecimento requerente.

5 – Complemento: É o complemento do endereço do estabelecimento requerente (Ex: loja 1; Bloco A, Box. 100). Caso não possua, deixar em branco.

6 – Bairro: É o bairro do endereço do estabelecimento requerente.

7 – Cidade: É a cidade do endereço do estabelecimento requerente.

8 – Estado: É o Estado do endereço do estabelecimento requerente. Deve-se preencher a sigla do Estado, no caso dos estabelecimentos inscritos no CRF é “SP”.

9 – CEP: É o CEP do estabelecimento requerente.

10 – Fone: Neste campo, deve-se preencher o telefone fixo do estabelecimento. Caso não possua telefone fixo, deixar em branco.

11 – E-mail: Neste campo, deve-se preencher o e-mail do estabelecimento. Caso não possua e-mail, deixar em branco.



Na segunda parte do formulário, deve-se preencher os dados do responsável técnico, se o estabelecimento possuir.

Dados do **PROFISSIONAL**

| | | | |
|---|------------------|---------------------|-----------------|
| Nome: 1 | | Nº CRF-PF: 2 | |
| Endereço: 3 | | Nº: 4 | Compl. 5 |
| Bairro: 6 | Cidade: 7 | Estado: 8 | CEP: 9 |
| Fone: 10 | Cel.: 11 | E-mail: 12 | |
| 13 Doador de órgãos e tecidos? () Sim () Não | | | |

- 1 – Nome:** Preencher o nome completo do profissional farmacêutico;
- 2 – Nº CRF-PF:** Preencher o número de inscrição no CRF do profissional;
- 3 – Endereço:** Preencher o endereço residencial do profissional;
- 4 – Nº:** Preencher o número do endereço do profissional;
- 5 – Compl.:** Preencher o complemento do endereço, (apartamento, bloco, lote ou alguma outra informação). Se não houver, deixar em branco;
- 6 – Bairro:** Preencher o bairro do endereço residencial do profissional;
- 7 – Cidade:** Preencher a cidade do endereço residencial do profissional;
- 8 – Estado:** Preencher o Estado do endereço residencial do profissional;
- 9 – CEP:** Preencher o CEP do endereço residencial do profissional;
- 10 – Fone:** Preencher o número de telefone residencial do profissional;
- 11 – Celular:** Preencher o número de celular do profissional;
- 12 – E-mail:** Preencher o e-mail do profissional.
- 13 – Doador de Órgãos e Tecidos:** Informar se o profissional é doador de órgãos e tecidos.

Na terceira parte do formulário, o interessado deverá assinalar o tipo de certidão solicitada.

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

- 1** Certidão Negativa de Débito
- 2** Certidão para fins de Licitação
- 3** Registro de Atestado de Capacidade Técnica
- 4** Outros, (especificar):

1 – Certidão Negativa de Débito: Nesta opção o requerente solicita a emissão de uma Certidão que comprove que o estabelecimento não possui débitos perante o CRF-SP;



2 – Certidão para fins de Licitação: Nesta opção, o requerente solicita a emissão de uma certidão que comprova regularidade perante o CRF-SP, para fins de licitação.

3 – Registro de Atestado de Capacidade Técnica: Nesta opção a empresa que participa de licitações solicita comprovação que possui em seu quadro permanente, na data prevista para entrega da proposta, profissional de nível superior ou outro devidamente reconhecido pela entidade competente, detentor de atestado de responsabilidade técnica por execução de obra ou serviço de características semelhantes, conforme previsto no § 1º, do artigo 30, da Lei nº 8.666/1993

4 – Outros, (especificar): assinala-se esta opção, caso o estabelecimento solicite uma certidão específica que não esteja contemplada pelas opções anteriores. Neste caso, o interessado deverá explicar o tipo de certidão que precisa.

Nesta parte do formulário, deve-se colocar a assinatura do profissional ou representante legal, a data da assinatura e local e a assinatura do funcionário do CRF-SP que analisou o processo.

Nestes termos, peço deferimento.

| | | | | | |
|----------|---|-------|----|-----|----|
| 1 | _____ | | | | |
| | Cidade | , Dia | de | Mês | de |
| 2 | _____ Assinatura do farmacêutico / representante legal | | | | |
| | _____ Carimbo e / ou nome legível | | | | |
| 3 | Documentos conferidos por: | | | | |
| | _____ Assinatura do funcionário | | | | |

1 – Cidade e Data: Neste campo o requerente deve colocar a data do preenchimento do formulário e a cidade. Não são aceitos formulários em que a data seja futura à sua apresentação.

2 – Assinatura do farmacêutico / representante legal: É o campo onde o profissional deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

3 – Documentos conferidos por: Este campo deve ser assinado pelo funcionário do CRF que realizou a análise dos documentos referentes ao procedimento solicitado. Quando o funcionário assina o documento, ele atesta que a documentação apresentada está de acordo com os procedimentos do CRF.