



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA



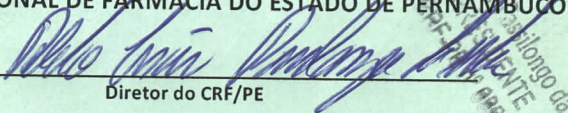
CERTIDÃO DE REGULARIDADE
2022

B21820

CADASTRO NO CRF SOB Nº	REGIONAL	VALIDADE	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO (45)
15574	PERNAMBUCO	31/03/2023	SEGUNDA: 08h as 12h e 13h as 18h TERÇA: 08h as 12h e 13h as 18h QUARTA: 08h as 12h e 13h as 18h QUINTA: 08h as 12h e 13h as 18h SEXTA: 08h as 12h e 13h as 18h SÁBADO: FECHADO DOMINGO: FECHADO
CNPJ 02.217.795/0001-10			
RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL MEGA EXPRESS LOCAÇÃO E SERVIÇOS LTDA - EPP MEGA EXPRESS			
NATUREZA DO ESTABELECIMENTO TRANSPORTADORA			
ENDEREÇO R. VISCONDESSA DO LIVRAMENTO 186 - DERBY - RECIFE - PE			
FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL TÉCNICO			
Dra. MARIA DO SOCORRO VIEIRA BEZERRA (20)		Inscrição: 00522R	
Dom: Seg: 08h as 12h Ter: 08h as 12h Qua: 08h as 12h Qui: 08h as 12h Sex: 08h as 12h Sab:			
FARMACÊUTICO(S) ASSISTENTE(S) TÉCNICO(S) E SUBSTITUTO(S)			

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Data Emissão: 02/08/2022
Nº do Protocolo: 00634722
Nº da CR.: B21820


Diretor do CRF/PE

ESTA CERTIDÃO DEVE SER AFIXADA EM LUGAR BEM VISÍVEL AO PÚBLICO

Certificamos que este estabelecimento está inscrito no Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco, de acordo com o Art. 22, parágrafo único e Art. 24, da Lei nº 3.820/60 e do Título IX da Lei nº 6.360/76. Tratando-se de Farmácia e Drogeria, certificamos que está regularizada em sua atividade durante os horários estabelecidos pelos Farmacêuticos Responsáveis Técnicos, de acordo com os artigos 15, parágrafos 1º e 2º, e 23, alínea "c", da Lei nº 5.991/73.



OBSERVAÇÕES :

- 1 - Por infração a qualquer norma relativa a atividade profissional perderá este documento seu valor, podendo o respectivo CRF determinar o seu recolhimento.
- 2 - A baixa de Responsabilidade técnica (RT) deverá ser comunicada pelo profissional à Vigilância Sanitária correspondente.
- 3 - Na baixa da Responsabilidade Técnica (RT) será obrigatória a devolução deste documento ao respectivo CRF.

TERMO DE DEVOLUÇÃO:

Ao CRF- _____

Eu _____ inscrito (a) neste órgão sob o nº _____, comunico que a partir desta data de demissão _____ / _____ / _____ deixo de exercer a função de _____ pelo estabelecimento de razão social _____ recolhendo e devolvendo esta CRT para as providências cabíveis ao CRF- _____.

Local_____
Data da comunicação_____
Assinatura do Farmacêutico

Outrossim, declaro que deixo esta responsabilidade técnica pelo seguinte motivo:

**CÓDIGO DE ÉTICA DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA
Aprovado pela Resolução Nº 596/2014**

Art. 13 - O farmacêutico deve comunicar previamente ao Conselho Regional de Farmácia, por escrito, o afastamento temporário das atividades profissionais pelas quais detém responsabilidade técnica, quando não houver outro farmacêutico que, legalmente, o substitua.

§1º- Na hipótese de afastamento por motivo de doença, acidente pessoal, óbito familiar ou por outro imprevisível, que requeira avaliação pelo Conselho Regional de Farmácia, a comunicação formal e documentada deverá ocorrer em 5 (cinco) dias úteis após o fato.

§2º - Quando o afastamento ocorrer por motivo de férias, congressos, cursos de aperfeiçoamento, atividades administrativas ou outras previamente agendadas, a comunicação ao Conselho Regional de Farmácia deverá ocorrer com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Art. 14 - É proibido ao farmacêutico:

(...)

XXXIV - intitular-se responsável técnico por qualquer estabelecimento sem a autorização prévia do Conselho Regional de Farmácia, comprovada mediante a Certidão de Regularidade correspondente;