



RESOLUÇÃO Nº 428

DE 15 DE DEZEMBRO DE 2004

(Alterada pela Resolução nº 432/05)

Ementa: Substitui a cédula de identidade profissional do farmacêutico e a do não-farmacêutico, institui a Certidão de Regularidade Técnica, estabelece o recadastramento nacional e dá outras providências.

O CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, no uso de suas atribuições legais e regimentais, nos termos da Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960;

CONSIDERANDO os artigos 10, 19 e 20 da Lei nº 3.820/60;

CONSIDERANDO os termos do artigo 6º, alínea “f” da Lei 3.820/60 e a necessidade de atualização permanente do cadastro das pessoas físicas e jurídicas jurisdicionadas no Conselho Federal de Farmácia e nos Conselhos Regionais de Farmácia, seus órgãos executivos;

CONSIDERANDO a edição da Resolução nº 311, de 25 de julho de 1997, publicada no DOU de 28/07/97, Seção 1, p.16.162; com nova redação dada pela Resolução nº 375 de 27 de fevereiro de 2002, publicada no DOU de 04/03/02, Seção 1, p. 117;

CONSIDERANDO os termos da Lei nº 6.206/75, que dá valor de documento de identidade às cédulas expedidas pelos Órgãos Fiscalizadores de Exercício Profissional em todo o território nacional como prova de identidade, para qualquer efeito;

CONSIDERANDO os termos da CCVIII Sessão Plenária e o acórdão nº 2.973, de 21 de maio de 1997, publicado no DOU do dia 09.07.97, segunda-feira, fls. 11848, seção I, edição nº 107;

CONSIDERANDO, ainda, a necessidade de se estabelecer procedimentos para a emissão da cédula de identidade profissional e da Certidão de Regularidade Técnica, capazes de garantir a necessária segurança dos registros, a facilidade de manuseio dos mesmos, e ainda possibilitar meios seguros para a aferição estatística,

RESOLVE:

Art. 1º - Instituir normas para emissão da cédula de identidade profissional aos jurisdicionados previstos no artigo 14 da Lei nº 3.820/60, e da Certidão de Regularidade única aos jurisdicionados previstos nos artigos 22 e 24 da Lei nº 3.820/60, nos termos do anexo I da presente resolução.

Art. 2º - Determinar prazo até 31/12/06 para os Conselhos Regionais de Farmácia promoverem as providências necessárias ao cumprimento desta resolução, podendo ser prorrogado em período não superior a 90 (noventa) dias, a pedido fundamentado do CRF respectivo.

Art. 3º - Após o prazo previsto no artigo anterior, a cédula de identidade profissional que estiver em desacordo com a presente resolução, perderá a validade e eficácia.

Art. 4º - O prazo de validade da cédula de identidade profissional é de 5 (cinco) anos, contados de sua emissão, não podendo ser plastificado.



Art. 5º - O prazo de validade da Certidão de Regularidade é inerente ao exercício civil, respeitado o disposto no artigo 22 da Lei nº 3.820/60, não podendo ser plastificado.

Parágrafo Único. A alteração de responsabilidade técnica do estabelecimento farmacêutico torna obrigatória a emissão de nova Certidão de Regularidade.

Art. 6º - Os modelos das novas cédulas de identidade do profissional farmacêutico e não-farmacêutico, bem como da Certidão de Regularidade, obedecerão aos termos do anexo II, III e IV da presente resolução.

Art. 7º - Para a concessão de novos documentos é obrigatório o preenchimento pelo profissional do questionário de cadastramento firmado nos termos do anexo V desta resolução, ressalvados os itens opcionais, sob pena de instauração de processo ético-disciplinar.

Art. 8º - As carteiras e as cédulas de identidade profissionais expedidas pelos Conselhos Federal e Regionais de Farmácia são obrigatórias para o exercício profissional e válidas como prova de identidade para todos os efeitos legais, consoante prescreve a Lei nº 6.206/75, podendo os CRF's cobrarem emolumentos fixados em tabela própria, pela expedição dos documentos ora substituídos e instituídos.

Parágrafo Único. As despesas decorrentes da substituição dos documentos de identidade do profissional ficarão a critério do CRF.

Art. 9º - A Certidão de Regularidade será expedida pelos Conselhos Regionais de Farmácia através de formulário padrão constante do item 2 do Anexo I desta norma, entregando às pessoas jurídicas a si jurisdicionadas, devendo cobrar os emolumentos respectivos e fixados em tabela própria pela referida expedição e emissão.

Art. 10 - Os dados referentes ao preenchimento da Cédula de Identidade Profissional e da Certidão de Regularidade serão remetidos eletronicamente ao Conselho Federal de Farmácia em até 10 (dez) dias úteis da data da emissão, para alimentação do banco de dados institucional.

§ 1º - Nos casos de nova expedição ou substituição da Carteira de Identidade Profissional serão afixados 4 (quatro) adesivos de segurança nas folhas 2, 3 e 4.

§ 2º - Na hipótese dos Conselhos Regionais de Farmácia deixarem de remeter no prazo especificado, os dados constantes do caput deste artigo, o Conselho Federal de Farmácia avocará temporariamente a execução destes serviços, nos termos do artigo 15, da Lei nº 9.784, de 29 de janeiro de 1999.

Art. 11 - Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se especialmente os termos da Resolução nº 338, de 19 de janeiro de 1999, publicada no DOU de 02.02.1999, seção I, p. 37; e demais disposições em contrário.

JALDO DE SOUZA SANTOS
Presidente

(DOU 20/12/2004 - Seção 1, Págs. 200/202 e Republicada no
DOU 02/02/2005 - Seção 1, Pág. 145 e DOU 06/04/2006 - Seção 1, Págs. 58/59)



ANEXO I

As Cédulas de Identidade Profissionais, substituídas e instituídas serão confeccionadas sob as seguintes especificações técnicas:

1. Cédula de Identidade.

1.1. Cor Azul - Para o Profissional Farmacêutico, inclusive a Provisória.

Cor Cinza - Para o Profissional Não Farmacêutico.

1.2. Características do Documento

1.3. Formato - aberta - 10,0 cm x 14,0 cm

fechada - 10,0 cm x 7,0 cm

1.4. Papel - Fibra Color 94 g/m²

1.5. Impressões : 5 (frente) x 1 (verso)

1.5.1. Frente

Em talho doce - Brasão e tarja especial com filigranas em negativo e positivo, texto microscópico em negativo e positivo; imagem latente (CFF); falha técnica.

Em off-set - Texto reativo a filtro cromático; Texto e Brasão em impressão invisível reativa à luz ultravioleta; Fundo numismático duplex, com efeito, íris; impressão simultânea frente e verso; texto microscópico.

Em tipografia - Codificação numérica ou alfanumérica, com dígito verificador sensível à luz ultravioleta.

Numeração de controle.

1.5.2. Verso

Em off-set - Fundo numismático duplex.

1.5.3. Impermeabilização - Obtida através de película transparente, colocada sobre os dados variáveis.

1.6. Campos da Cédula de Identidade

Foto : 3 x 4

Numeração: CRF/UF e número.

Impressão Digital.

Portador: Nome.

Filiação: Pai e Mãe.

Tipo de Profissional: Farmacêutico e Não Farmacêutico.

Data de nascimento.

Validade: 60 meses.

Naturalidade.

Diplomado pela: estabelecimento universitário.

Data de conclusão do curso.

Título de eleitor: zona e seção.

Grupo sanguíneo.

RG: Registro Geral.

CPF.

Inscrição em vermelho: Válida como prova de identidade, para qualquer efeito, de acordo com a Lei nº 6.206/75.



Local e data de expedição.

Assinatura do Presidente do Regional.

Assinatura do Portador.

- 1.7. Processo produtivo das Cédulas de Identidade Profissional, provisionado, provisória e de Auxiliar Técnico de Laboratório e envio eletrônico dos dados ao CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA.

- 1.7.1. Início do Processo - requisição dos formulários pelos CRFs; preenchimento e entrega da Cédula de Identidade, efetuado pelo Conselho Regional de Farmácia - CRF.

- 1.7.2. Os Conselhos Regionais de Farmácia remeterão no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da data de emissão ou alteração das Carteiras de Identidade Profissional e das Cédulas de Identidade, os dados eletrônicos para o Conselho Federal de Farmácia (CFF).

2. Certidão de Regularidade

2.1. Especificações Técnicas da Certidão de Regularidade

- 2.1.1. Formato - A4 (210 mm x 297 mm)

- 2.1.2. Papel - Fibra Color 94 g/m²

- 2.1.3. Impressão - 3 x 0

- 2.1.3.1. Frente

Em talho doce - Brasão e tarja especial com filigranas em negativo e positivo, texto microscópico em negativo e positivo; imagem latente; falha técnica.

- 2.1.3.2. Numeração - Número de inscrição no CRF e Unidade da Federação (UF).

- 2.1.4. Campos da Certidão de Regularidade.

Nome do estabelecimento.

Razão Social.

Endereço.

Localidade.

Município.

Responsável (eis) Técnico (s) Titular (es).

Nome

Quadro

Inscrição : número

Horário de assistência

Responsável (eis) Técnico (s) Substitui (s).

Nome

Quadro

Inscrição : número

Conselho Regional de Farmácia do Estado de

Data.

Diretor do CRF : Assinatura.

- 2.2. Processo Produtivo da Certidão de Regularidade

- 2.2.1. Início do Processo - requisição do formulário ao CFF; preenchimento e entrega da Certidão, efetuado pelo Conselho Regional de Farmácia - CRF.



2.2.2. Os Conselhos Regionais de Farmácia remeterão no prazo de até 10 (dez) dias úteis a contar da data de emissão ou alteração da Certidão de Regularidade, os dados eletrônicos para o Conselho Federal de Farmácia (CFF).

3. Carteira de Identidade Profissional

3.1. A Carteira de Identidade Profissional preservará suas características atuais, sendo sobrepostas nas folhas 2,3 e 4, etiquetas auto-adesivas, com digitalização eletrônica, com apresentação dos seguintes requisitos de segurança: Tinta de variação óptica ou interferência luminosa repetindo a sigla CFF 6 vezes considerando o formato unitário da sigla de 1 cm de largura por 0,7 cm de altura. Fundo invisível fluorescente englobando o brasão da república formato 1,5cm X 1,5cm e a sigla CFF, no mesmo formato anterior.

4. Disposições Gerais

O Conselho Federal de Farmácia coordenará o processo de confecção do material para a emissão das Carteiras e Cédulas de Identidade Profissional e Certidão de Regularidade;

A contratação do fornecedor do material será efetuada através de Processo Licitatório, centralizada pelo Conselho Federal de Farmácia, sendo o custo unitário dos respectivos documentos, remetidos aos CRF's, quando da sua requisição;

ANEXO II

Os modelos da cédula de identidade e da certidão de regularidade não conterão os campos pré-impressos de cada quadrículo, que constarão no próprio programa de preenchimento.

2

O CRF - Conselho Regional de Farmácia do Estado
d _____
expede esta Carteira de Identidade Profissional de

para: _____

Nacionalidade _____
Naturalidade _____

Data do Nascimento _____
Filiação _____

Pela inscrição nº _____ Aprovada
em Sessão de _____ / _____ / _____

3

Diplomado em _____ / _____ / _____
pel _____

Diploma registrado sob o nº _____
página _____ livro _____
em _____ / _____ / _____

Diploma registrado no CRF - _____ sob o
nº _____ pág. _____ livro _____
em _____ / _____ / _____

Observações: _____



4

Local e Data da expedição da Carteira

Presidente

Secretário

Isento de Recolhimento de Firma. Decreto
Federal 63.166, de 26 de agosto de 1.968

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
Cédula de Identidade

Nome _____ Inscrição **CRF/** _____

Endereço _____ Unidade _____

Tipo de Profissional _____

Especialidade _____

Nascimento _____ Nacionalidade _____

Naturalidade _____

Assinatura do Profissional _____

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA

RG _____ CP _____

Título de Especialista _____ Série _____ Anexo _____

Diplomado por _____ Data de Diplomação _____

Grupo Sanguíneo _____ Fator Rh. _____

Observações _____

Assinatura do Presidente do CRF _____

Assinatura Direto _____

Validade como prova de identidade, para qualquer efeito, de acordo com a Lei nº 8.204/75.

Valida em todo Território Nacional



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA

**CERTIDÃO DE REGULARIDADE**

CADASTRO NO CRF SOB Nº _____	REGIONAL _____	VALIDADE _____	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO - SEMANA _____
RAZÃO/DENOMINAÇÃO SOCIAL _____			HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO - SÁBADO _____
NATUREZA DO ESTABELECIMENTO _____			HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO - DOMINGO _____
ENDEREÇO _____			CNPJ _____
LOCALIDADE _____			CIDADE _____

RESPONSÁVEL TÉCNICO

NOME _____	INSCRIÇÃO _____	HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA _____
------------	-----------------	------------------------------

RESPONSÁVEL(IS) TÉCNICO(S) SUBSTITUTO(S)

NOME _____	INSCRIÇÃO _____	HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA _____
NOME _____	INSCRIÇÃO _____	HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA _____
NOME _____	INSCRIÇÃO _____	HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA _____

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO _____ CRF/ _____

Diretor do CRF/ _____



ESTA CERTIDÃO DEVE SER AFIXADA EM UM LUGAR BEM VISÍVEL AO PÚBLICO

- Certificamos que o estabelecimento a que se refere esta Certidão de Regularidade está inscrito neste Conselho Regional de Farmácia, atendendo a todos os requisitos do Art.22, parágrafo único e art.24, ambos da Lei 3820/60.
- Certificamos que este estabelecimento está regularizado em sua atividade, durante os horários estabelecidos pelo(s) farmacêutico(s) Responsável(is) Técnico(s), de acordo com o Art. 15 § 1º e § 2º, da Lei 5.991/73.
- Por ocasião de mudanças no quadro de assistência farmacêutica, este documento deverá ser retirado pelo Responsável Técnico interessado e encaminhado para o CRF-RS para as devidas alterações.
- Esta certidão deverá ser renovada anualmente até o dia 31 de março, mediante requerimento assinado pelo Responsável Técnico, juntamente com a cópia de seu comprovante de pagamento da anuidade e da empresa.

ANEXO V

I. FICHA DE CADASTRO PROFISSIONAL

1. FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO FARMACÊUTICO

Dados pessoais:

Nome: _____

CPF: _____ RG: _____

Órgão Expedidor: _____ Data Exp: _____

Data de Nascimento: _____

Naturalidade: _____

Sexo: Masculino (☐) Feminino (☐)

Registro Profissional CRF: Sim (☐) Não (☐) CRF: _____ Nº _____

Endereço Residencial:

Rua: _____

Nº _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Complemento: _____

Telefone: (☐) _____ Fax: (☐) _____

Celular: (☐) _____ E-mail: _____

Endereço Comercial I:

Nome da Empresa: _____

Rua: _____

Nº _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Complemento: _____

Telefone: (☐) _____ Fax: (☐) _____

Celular: (☐) _____ E-mail: _____



Endereço Comercial II:

Nome da Empresa: _____
Rua: _____
Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____ Complemento: _____
Telefone: () _____ Fax: () _____
Celular: () _____ E-mail: _____

Endereço Comercial III:

Nome da Empresa: _____
Rua: _____
Nº _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____
CEP: _____ Complemento: _____
Telefone: () _____ Fax: () _____
Celular: () _____ E-mail: _____

Remeter correspondência para o endereço:

() residencial () comercial

Possui Responsabilidades Técnicas: Sim () Não ()

Quantas? _____

Farmácia ou Drogeria ()

Laboratórios de Análises de Análises Clínicas ()

Laboratórios de Toxicológicos ()

Laboratórios de Bromatológicos ()

Distribuidoras ()

Indústria Farmacêutica ()

Indústria Cosmética ()

Indústria Alimentos ()

Indústria Farmoquímica ()

Farmácia Hospitalar ()

Outras () Quais? _____

1.2 INFORMAÇÕES GERAIS DO FARMACÊUTICO

2. Habilitação em Farmácia

2.1. Habilitação dentro da Farmácia:

() Farmácia Comunitária (Farmácia Comercial e Drogeria)

() Farmácia de Manipulação (Farmácia Magistral)

() Farmácia Homeopática

() Farmácia Hospitalar

Outras; Quais? _____



2.1.2. Data da Formatura (ano): _____

2.1.3. Local de Formatura:

a) Universidade publica ()

b) Universidade Privada ()

c) OUTROS; QUAL? _____

d) Nome da instituição de ensino: _____

2.2 Data da Formatura: (ano) _____

2.2.1 Habilitação dentro da Bioquímica:

Sim () Não ()

2.2.1. Modalidade dentro da Bioquímica:

a) Análises Clínicas ()

b) Análises Toxicológicas ()

c) Análises Bromatológicas (alimentos) ()

d) Outra; () QUAL? _____

2.2.2 Data da Formatura (ano): _____

2.3. Habilitação em Farmácia Industrial:

2.3.1. Habilitação dentro da Indústria:

a) Fármaco e Medicamentos ()

b) Cosméticos ()

c) Outros; () Quais? _____

2.3.2. Data da Formatura (ano): _____

3. Possui curso de:

a) Doutorado ()

b) Mestrado ()

c) Especialização ()

d) Aperfeiçoamento ()

e) Outros () (Quais) _____

3.1 Qual área? _____

4. Filiação à Entidades Profissionais facultativas

O Preenchimento do item 4 e dos subitens 4.1 a 4.7 são opcionais.

4.1. É filiado a algum sindicato?

Sim () Não ()



Qual? _____
Período de filiação? _____
Onde? _____
Ocupou algum cargo? Sim () Não () Qual? _____

4.2. Participa de algum órgão de classe?

Sim () Não ()
Qual? _____
Período de participação? _____
Onde? _____
Ocupou algum cargo? Sim () Não () Qual? _____

4.3. É filiado a alguma Associação, Sociedade ou assemelhados de âmbito nacional?

Sim () Não ()
Qual? _____
Período de filiação? _____
Onde? _____
Ocupou algum cargo? Sim () Não () Qual? _____

4.4. É filiado a alguma Associação local ou regional de farmacêuticos?

Sim () Não () Qual? _____
Período de filiação? _____
Onde? _____
Ocupou algum cargo? Sim () Não () Qual? _____

4.5. Ocupa ou ocupou algum cargo político eletivo

Sim () Não ()
Qual? _____
Período de exercício. _____
Onde? _____

4.6. Exerce atualmente algum cargo de confiança dentro de política?

Sim () Não ()
Qual? _____
Período? _____
Onde? _____

4.7. Está inscrito em alguma entidade cultural?

Sim () Não ()
Qual? _____
Desde quando? _____
Onde? _____
Ocupou algum cargo? Sim () Não () Qual? _____



5. Informações Gerais Sobre Formação Educacional:

5.3.1. Tem outra formação profissional?

Sim () Não ()

5.3.2. Se a resposta foi afirmativa. Qual a outra formação de graduação superior?

a) médico

b) odontólogo

c) enfermeiro

d) biólogo

e) biomédico

f) advogado

g) administração

h) outra (Qual?) _____

5.3.3. Desenvolve outra atividade paralela a do ramo farmacêutico?

Sim () Não ()

5.3.4. Se a resposta foi afirmativa: Qual? _____

6. APOSENTADORIA:

6.1. É aposentado

Sim () Não ()

(*) Republicada por incorreção da original publicada no Diário Oficial da União nº 243, de 20 de dezembro de 2004, Seção 1, pp. 200/202.

JALDO DE SOUZA SANTOS
Presidente

“Retificada de acordo com publicação feita no diário oficial da união seção 1 do dia 6 de abril de 2006”