

ANEXO II:**DECLARAÇÃO RAMO DE ATIVIDADE**

A empresa,, inscrito(a) sob o CNPJ nº, representada legalmente pelo Sr(a) (Sócio / Representante Legal) e o Farmacêutico(a) Diretor(a) Técnico(a),, CPF nº inscrito(a) no CRF-ES sob o nº, apresentaram contrato/alteração contratual/CNPJ, com objeto social de atividade “com medicamento”, entretanto, **DECLARAM QUE NÃO EXPLORAM ATIVIDADES FARMACÊUTICAS**. Diante da divergência de informações, a fim de comprovar o atendimento das definições dos estabelecimentos dispostos na Lei 5.991/73 e o previsto na Lei 6.360/76, bem como das exigências previstas nas legislações em vigor, **DECLARAM** que as atividades exercidas nesse estabelecimento e licenciadas pelos Órgãos Sanitários são:

- () Distribuidor sem medicamentos
() Importador / Exportador sem medicamentos
() Transportador sem medicamentos
() Indústria sem medicamentos
() Operador Logístico sem medicamentos
() Outros. Especificar:

ATENÇÃO:

- 1) Para comprovar o licenciamento das atividades, é **OBRIGATÓRIA a APRESENTAÇÃO DO ALVARÁ SANITÁRIO/AFE (CONSTANDO AS ATIVIDADES DECLARADAS ACIMA)**, no ato do protocolo.
- 2) No caso de Registro de Empresa, será concedido um **prazo de 90 dias para comprovação**. Neste caso, o envio deverá ser feito pelo CRF EM CASA dentro do prazo.
- 3) Excedido o prazo de envio a Certidão de Regularidade será **INVALIDADA**.

TERMO DE CIÊNCIA DOS DECLARANTES:

Temos ciência que a declaração falsa no presente documento ou o não cumprimento de seus termos implicará na tomada de providências por parte do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Espírito Santo, seja pela adoção de medidas de sua competência, dentre elas a instauração de procedimento disciplinar e a invalidação da Certidão de Regularidade, como também a comunicação a outras entidades da administração para providências além do alcance das atribuições do CRF-ES, com base no artigo 10, alínea “c” da Lei 3.820/60, sem prejuízo de outras medidas, judiciais ou administrativas, cíveis ou criminais, ou ainda quando da constatação de outras irregularidades por parte do serviço de fiscalização deste CRF-ES.

..... de de

Assinatura do Sócio Administrador / Representante Legal

Assinatura do Farmacêutico Diretor Técnico