

# Manual do SIFAP

## Sumário

Apresentação .....	2
Dúvidas, Canais de Atendimento e Sugestões .....	2
Visão Geral do SIFAP .....	2
A quem se destina .....	2
Usuários do sistema .....	2
Perfis da farmácia no SIFAP .....	2
Condição cadastral das farmácias no SIFAP .....	2
Acesso ao Sistema .....	3
Cadastramento de senha .....	4
Critérios para cadastramento de senha .....	5
Geração de nova senha de acesso .....	5
Alteração do e-mail vinculado ao acesso .....	7
Cadastramento ou Recadastramento das unidades .....	7
Menu “Dados da Farmácia” .....	8
Diferença no cadastramento de unidade Filial .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
Menu “Dados Bancários Conta Pessoa Jurídica Matriz” .....	9
Menu “Dados do Farmacêutico” .....	10
Como solicitar o descredenciamento do farmacêutico de outra farmácia? <b>Erro! Indicador não definido.1</b>	
Menu “Representantes” .....	11
Adicionar novos representantes .....	12
Preenchimento de informações do(s) representante(s) da farmácia .....	144
Até que momento os representantes podem ser adicionados, retirados ou alterados .....	<b>Erro! Indicador não definido.5</b>
Menu “Anexo de Documentos” .....	155
Documentos em Análise pela CAIXA .....	16
Menu “Assinatura do RTA” .....	17
Assinatura de RTA em lote das filiais .....	19

## Apresentação

Este manual visa apresentar o Sistema Farmácia Popular – SIFAP, e serve como fonte de consulta dos procedimentos operacionais para o Responsável Legal e para os Representantes.

## Dúvidas, Canais de Atendimento e Sugestões

### CAIXA

Relatos a respeito de problemas no *login* Caixa ou indisponibilidade da ferramenta, podem ser direcionados, através dos seguintes canais de atendimento:

Capitais e regiões metropolitanas: 4004 0104

Demais cidades: 0800 104 0104

Opção 6: Suporte aos aplicativos

### Ministério da Saúde

**Canal de comunicação Programa Farmácia Popular do Brasil**

Ouvidoria Geral do SUS: 136

## Visão Geral do SIFAP

### A quem se destina

Estabelecimentos de comércio farmacêutico, incluindo firmas individuais e empresas de redes de farmácias e drogarias que participam do programa do Governo Federal, oferecendo medicamentos, fraldas geriátricas e absorventes gratuitamente.

### Usuários do sistema

**Farmácias:** Estabelecimentos de comércio farmacêutico, incluindo firmas individuais e empresas de redes de farmácias e drogarias.

**CAIXA:** Instituição financeira responsável por disponibilizar o Sistema SIFAP para o preenchimento do cadastro pelas farmácias e, posteriormente, realizar conferência das informações prestadas.

**Ministério da Saúde:** Órgão do Governo Federal que administra o Programa Farmácia Popular do Brasil.

### Perfis da farmácia no SIFAP

**Responsável Legal:** Utilizado pelo dono da empresa para cadastrar ou recadastrar a farmácia e incluir o(s) representante(s) que poderá(ão) fazer cadastramento e manutenção no cadastro da farmácia no SIFAP.

**Representantes da farmácia:** Usuários indicados pelo Responsável Legal que têm o poder de cadastrar e alterar dados da farmácia no SIFAP.

### Condição cadastral das farmácias no SIFAP

**A CADASTRAR** – O estabelecimento farmacêutico fez uma consulta no sistema e nunca foi participante do programa

**EM CADASTRAMENTO:** O estabelecimento farmacêutico, que ainda não é credenciado no programa, iniciou o processo de cadastramento no SIFAP.

**ANÁLISE PELA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA:** Cadastro finalizado pelo estabelecimento farmacêutico e enviado para a CAIXA realizar análise do cadastro e documentação.

**CADASTRO PENDENTE:** Foi identificada, pela CAIXA, alguma inconsistência no cadastro e/ou documentação, que necessita ser ajustada pelo estabelecimento farmacêutico.

**RTA PENDENTE:** O cadastro foi aprovado pela CAIXA e está pendente para o estabelecimento farmacêutico realizar a assinatura do Requerimento e Termo de Adesão – RTA.

**ANÁLISE DO MINISTÉRIO:** O Requerimento e Termo de Adesão – RTA foi recepcionado pela equipe do Ministério da Saúde.

**DESCREDENCIADA:** O estabelecimento farmacêutico foi descredenciado do programa por solicitação da Farmácia ou por Determinação do Ministério da Saúde.

**A RENOVAR** – Estabelecimento farmacêutico já foi participante do programa e necessita realizar a renovação cadastral.

**EM RENOVAÇÃO:** O estabelecimento farmacêutico, que já é credenciado no programa, iniciou o processo de renovação no SIFAP.

**ANÁLISE PELA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA - Renovação:** Cadastro finalizado pelo estabelecimento farmacêutico e enviado para a CAIXA realizar análise do cadastro e documentação.

**CADASTRO PENDENTE - Renovação:** Foi identificada, pela CAIXA, alguma inconsistência no cadastro e/ou documentação, que necessita ser ajustada pelo estabelecimento farmacêutico.

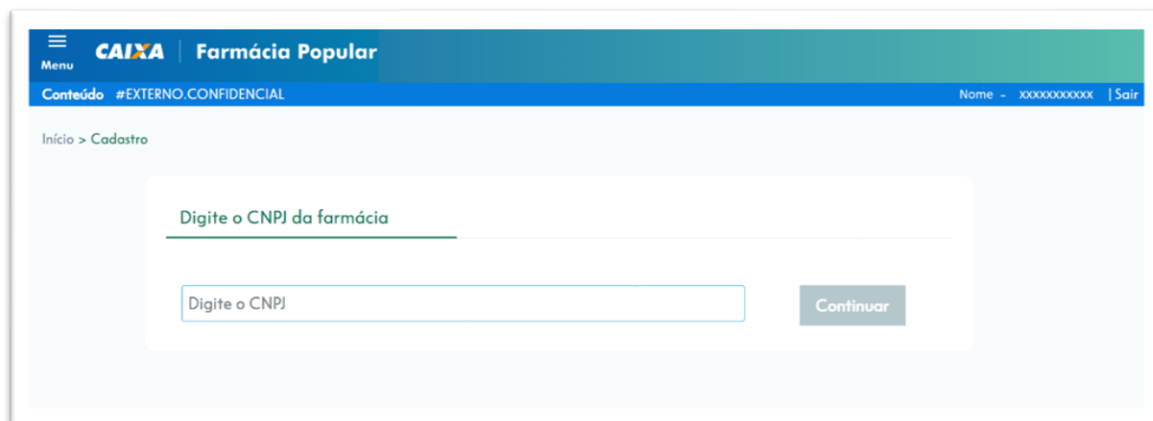
**RTA PENDENTE - Renovação:** O cadastro foi aprovado pela CAIXA e está pendente para o estabelecimento farmacêutico realizar a assinatura do Requerimento e Termo de Adesão – RTA.

## Acesso ao Sistema

O usuário acessa o sistema pelo endereço <http://www.farmaciapopular.caixa.gov.br>. Caso já tenha acesso ao Login CAIXA, acessar com o CPF e a senha cadastrada.

As imagens mostram duas telas de login da CAIXA. A primeira tela, intitulada 'Login Caixa (DES)', solicita ao usuário que informe seu CPF e clique em 'Próximo' para continuar. Abaixo do campo de entrada de CPF, há um botão laranja 'Próximo' e links para 'Cadastre-se' e 'Preciso de ajuda'. A segunda tela também intitulada 'Login Caixa (DES)', solicita a senha. Possui um campo de entrada de senha com ícones de visibilidade, um botão laranja 'Entrar', um botão 'Voltar' e links para 'Recuperar Senha' e 'Preciso de ajuda'.

Ao fazer o login, o sistema apresentará a tela de Cadastro/Consulta da farmácia.



## Cadastramento de senha

Caso ainda não tenha acesso ao Login CAIXA, é necessário realizar o cadastramento de senha para o usuário, clicando em “**Cadastre-se**”.



Preencha os campos solicitados: CPF, nome completo, data de nascimento, e-mail e cadastre uma senha, de acordo com as regras apresentadas. Em seguida, clicar em “**Cadastre-se**”, conforme imagens abaixo:



**CAIXA**  
Login Caixa (DES)

**Cadastramento de Usuário**  
Etapa 2 de 4

Qual a sua data de nascimento?

Data de Nascimento

Próximo

Voltar

[Preciso de ajuda](#)

---

**CAIXA**  
Login Caixa (DES)

**Cadastramento de Usuário**  
Etapa 3 de 4

Por gentileza, informe e confirme o seu endereço de e-mail:

E-mail

Confirme o seu e-mail

Próximo

Voltar

---

**CAIXA**  
Login Caixa (DES)

**Cadastramento de Usuário**  
Etapa 4 de 4

Para finalizar, escolha e confirme uma senha de acesso, conforme as seguintes regras:

- ▶ Deve ser numérica
- ▶ Deve ter pelo menos 6 dígitos
- ▶ Não pode ser igual ao CPF
- ▶ Não pode ter repetições em sequência com mais de 2 dígitos
- ▶ Não pode ter sequências com mais de 2 dígitos
- ▶ Não pode usar a sua data de nascimento

Senha

Confirme a senha

Cadastre-se

Voltar

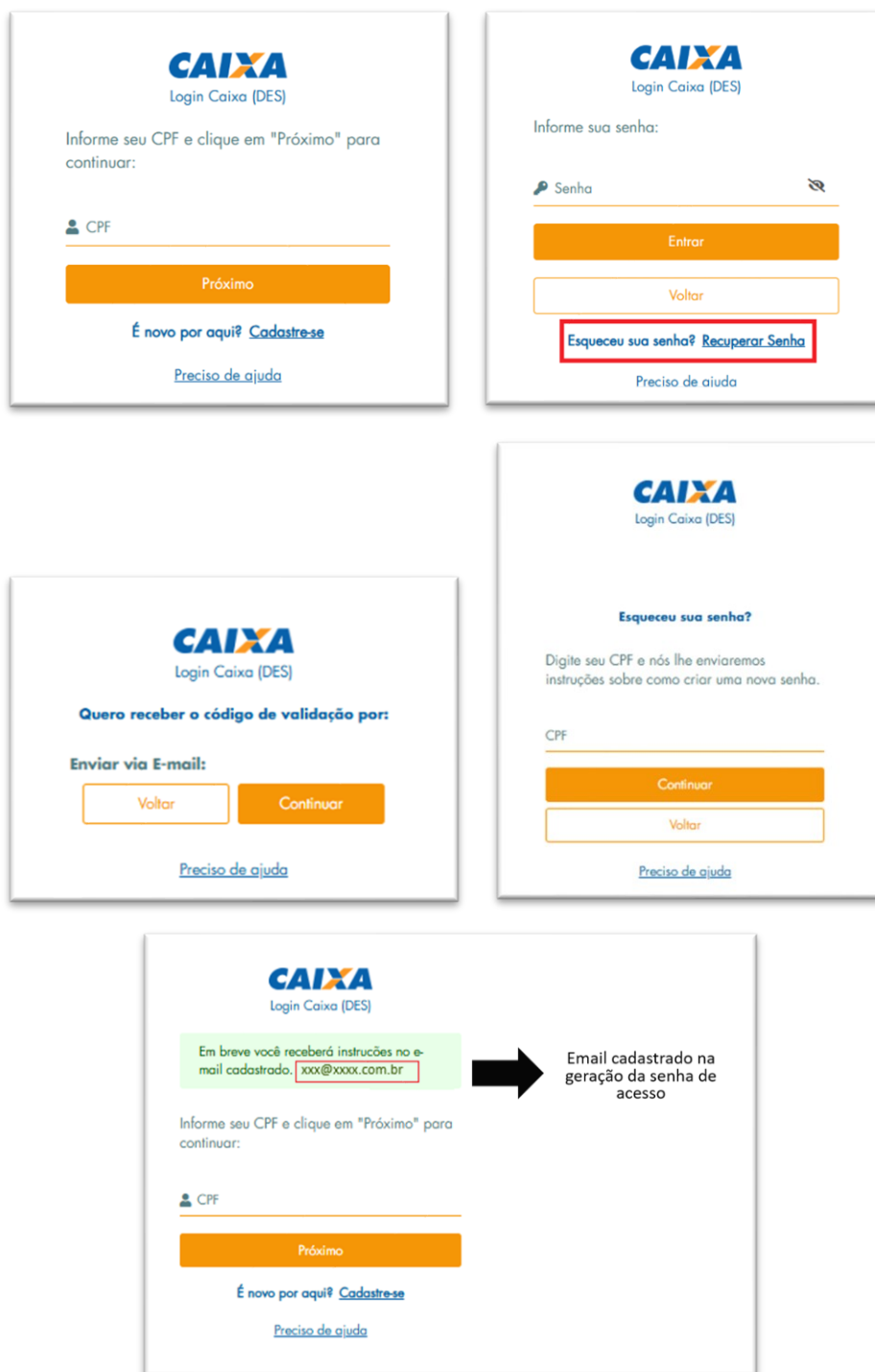
### Critérios para cadastramento de senha

A senha a ser criada tem os seguintes pré-requisitos:

- Deve ser numérica;
- Deve ter pelo menos 6 dígitos;
- Não pode ser igual ao CPF;
- Não pode ter repetições em sequência com mais de 2 dígitos;
- Não pode ter sequências com mais de 2 dígitos;
- Não pode usar a data de nascimento.

### Geração de nova senha de acesso

Caso o usuário não lembre a senha cadastrada ou queria trocar a sua senha, deve informar o CPF, clicar no botão “**Próximo**”, e em seguida, clicar em “**Recuperar Senha**” para gerar uma nova.



Um link será encaminhado por e-mail, e você será direcionado para o SIFAP para redefinição da senha de acesso.

Alguém solicitou alteração nas suas credenciais da conta Login Caixa (HMP). Se foi você, click no link abaixo para redefinir sua senha.

[Link para redefinir credenciais](#)

Esse link irá expirar em 15 minutos.

Se você não deseja redefinir suas credenciais, apenas ignore essa mensagem e nada será alterado.

**CAIXA**  
Login Caixa (DES)

Você precisa alterar as suas credenciais.

**Redefinição de senha**

Para ativar sua conta, informe uma nova senha e confirme, conforme as seguintes regras:

- ▶ Deve ser numérica
- ▶ Deve ter pelo menos 6 dígitos
- ▶ Não pode ser igual ao CPF
- ▶ Não pode ter repetições em sequência com mais de 2 dígitos
- ▶ Não pode ter sequências com mais de 2 dígitos
- ▶ Não pode usar a sua data de nascimento

Nova senha

Confirme a senha

Continuar

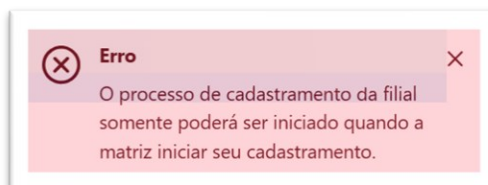
[Preciso de ajuda](#)

### Alteração do e-mail vinculado ao acesso

A troca do e-mail vinculado à conta poderá ser feita comparecendo a uma agência da Caixa.

### Cadastramento ou Recadastramento das farmácias

O perfil do Responsável Legal, aquele que está incumbido de tratar atos específicos em nome da empresa, é o único que pode iniciar o cadastramento da farmácia, seja ela Matriz ou Filial. Além disso, as filiais só poderão ser cadastradas quando a unidade matriz já tiver iniciado o seu processo de cadastramento no sistema.



Após iniciar o processo, o Responsável Legal pode incluir até 5 representantes no sistema. Depois desta inclusão, os representantes poderão incluir ou alterar o cadastro do estabelecimento, inclusive a documentação da farmácia enquanto a situação estiver **“EM CADASTRAMENTO”**, **“CADASTRO PENDENTE”** ou **“EM RENOVACÃO”**, e enviar o cadastro para análise da CAIXA.

CAIXA Farmácia Popular

Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL Nome - xxxxxxxxxxxx | Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome Farmácia | CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx | **Unidade Empresarial: MATRIZ** | EM CADASTRAMENTO

CAIXA Farmácia Popular

Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL Nome - xxxxxxxxxxxx | Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome Farmácia | CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-x | **Unidade Empresarial: FILIAL** | EM CADASTRAMENTO

### Menu “Dados da Farmácia”

O primeiro bloco é preenchido automaticamente pelo sistema. Os demais campos devem ser fornecidos pelo Responsável Legal, mas podem ser alterados pelo(s) Representante(s).

CAIXA Farmácia Popular

Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL Nome - xxxxxxxxxxxx | Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome Farmácia | CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx | Unidade Empresarial: MATRIZ | A CADASTRAR

**Cadastro**

- Dados da Farmácia** >
- Dados Bancários Conta Pessoa Jurídica Matriz >
- Dados do Farmacêutico >
- Representantes >
- Anexo de Documentos >

**Dados da Farmácia**

Nome Fantasia: xxxxxxxxxxxx | Inscrição INSS: xxxxxxxxxxxx

Natureza Jurídica: xxxxxxxxxxxx | CNAE: xxxxxxxxxxxx

Endereço: xxxxxxxxxxxx | CEP: xxxxxxxxxxxx

DDD / Telefone Principal \* | DDD / Telefone Alternativo

DDD é obrigatório Telefone é obrigatório

Número Registro na Junta Comercial \* | E-mail \*

Campo obrigatório | Campo obrigatório

Data de Vencimento ANVISA | Número de Autorização / Licença ANVISA \*

Campo obrigatório | Campo obrigatório

Data de Vencimento / Certidão Negativa de Débito (CND) \* | Data Vencimento / Certidão de Regularidade Técnica (CRT) \*

Campo obrigatório | Campo obrigatório

Efetua Vendas? \* | Indicador de Documento Fiscal Eletrônico? \*

Selecione | Selecione

Voltar | Continuar

Campos preenchidos de forma automática pelo sistema

Campos que devem ser preenchidos pela(o) Responsável Legal

Os campos sinalizados com \* são de preenchimento obrigatório.

**DDD / Telefone Principal\***: Incluir o número da farmácia com o DDD

**DDD / Telefone Alternativo**: opcional

**Número Registro na Junta Comercial\***: Número do registro do Contrato Social na Junta Comercial

**E-mail\***: Incluir o e-mail da farmácia

**Data de Vencimento ANVISA**: Campo não precisa ser preenchido



**Número de Autorização / Licença ANVISA\***: Número da autorização de funcionamento, com situação ativa, emitida pela ANVISA

**Data de Vencimento / Certidão Negativa de Débito (CND)\***: Data de vencimento da CND, que deve ser superior à data atual

**Data Vencimento / Certidão de Regularidade Técnica (CRT)\***: Data de vencimento da CRT, que deve ser superior à data atual.

**Efetua Vendas?\***: Selecionar entre as opções “Sim”, caso o estabelecimento efetue vendas, ou “Não”, caso o estabelecimento não efetue vendas. Caso seja uma Filial, a opção já virá preenchida com a opção “Sim.”.

**Indicador de Documento Fiscal Eletrônico?\***: Irá replicar a informação do campo “Efetua Vendas?”.

### Menu “Dados Bancários Conta Pessoa Jurídica Matriz”

Informar os dados bancários da conta Pessoa Jurídica da Matriz: código do banco, o número da agência e o número da conta com dígito, para que o Ministério da Saúde realize os pagamentos do Programa Farmácia Popular. Os outros campos serão preenchidos automaticamente pelo sistema.

A imagem mostra a interface de usuário do sistema de cadastro da CAIXA Farmácia Popular. No topo, há o menu e o logotipo da CAIXA. Abaixo, há uma barra de navegação com o texto "Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL". O formulário principal é dividido em seções. A seção "Dados Bancários Conta Pessoa Jurídica Matriz" é a principal foco. Ela contém os seguintes campos:

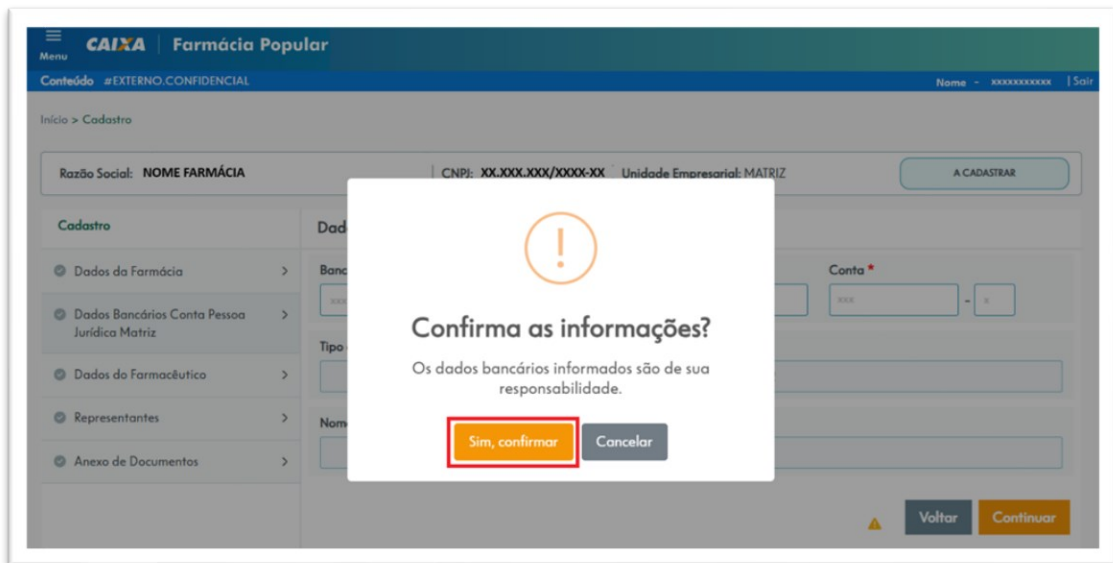
- Banco \***: Campo obrigatório para o código do banco.
- Agência \***: Campo obrigatório para o número da agência.
- Conta \***: Campo obrigatório para o número da conta, dividido em duas partes por um hífen.
- Tipo de Conta \***: Campo obrigatório para o tipo de conta.
- CNPJ \***: Campo obrigatório para o número do CNPJ, com o exemplo "XX.XXX.XXX/XXXX-XX".
- Nome do Titular da Conta \***: Campo obrigatório para o nome do titular, com o exemplo "NOME FARMÁCIA".

Dois comentários explicativos apontam para os campos:

- Um comentário aponta para os campos Banco, Agência e Conta, indicando que são "Campos que devem ser preenchidos pela(o) Responsável Legal".
- Outro comentário aponta para os campos Tipo de Conta, CNPJ e Nome do Titular da Conta, indicando que são "Campos preenchidos de forma automática pelo sistema".

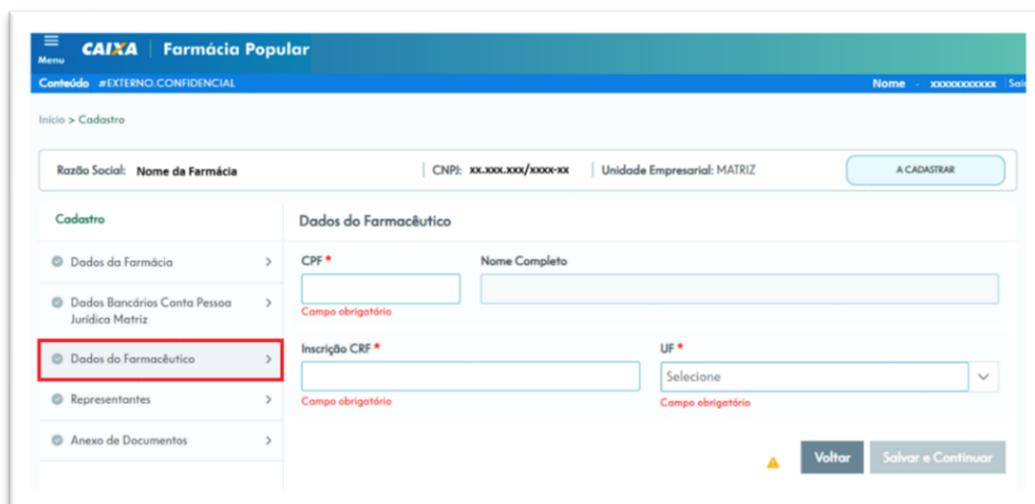
Na base do formulário, há botões para "Voltar" e "Continuar".

Depois de incluir os dados da conta bancária, o Responsável Legal precisará conferir e confirmar as informações prestadas.

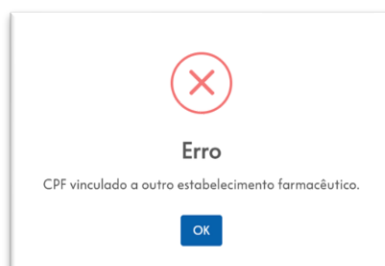


### Menu “Dados do Farmacêutico”

Ao incluir o CPF do farmacêutico, o nome será preenchido automaticamente pelo sistema. A inscrição no CRF deve ser da mesma UF do endereço da farmácia. Caso seja diferente, aparecerá a mensagem “**UF diferente do endereço da farmácia**” e não permitirá o cadastramento.

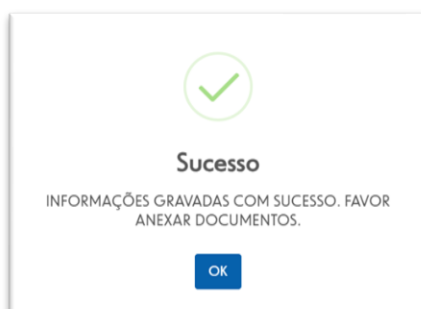


Outra situação que não permite o cadastramento do farmacêutico, até que a situação seja resolvida, é se ele estiver vinculado a outro estabelecimento.



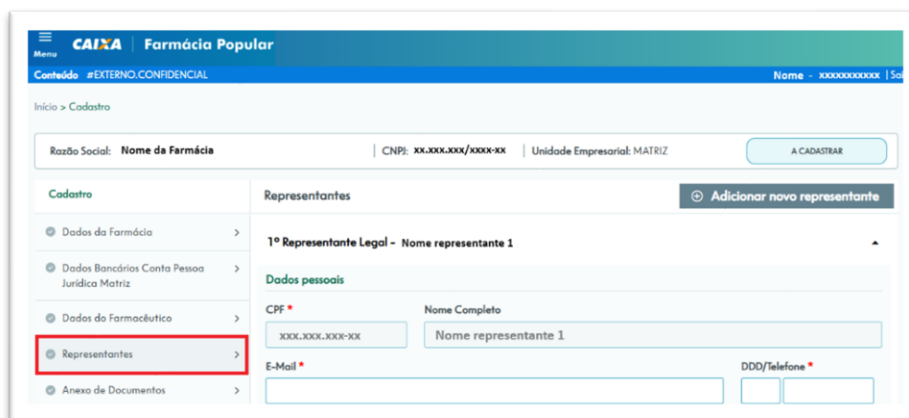
O descredenciamento de um farmacêutico vinculado à determinada farmácia poderá ser realizado pelo Responsável Legal ou Representante(s), caso houver, durante o fluxo de manutenção da farmácia, realizando a troca do farmacêutico vinculado. Ou, quando o Responsável Legal ou Representante(s), caso houver, realizar contato com o Ministério da Saúde, solicitando que o cadastro seja devolvido para a CAIXA e, posteriormente, à farmácia, que irá realizar a manutenção. Essa solicitação deverá ser realizada diretamente ao Ministério da Saúde.

Caso o farmacêutico tenha o CRF da mesma UF da farmácia e não esteja vinculado a outro estabelecimento, ao clicar no botão **“Salvar e Continuar”** aparecerá uma tela informando que todos os dados preenchidos até o momento foram gravados com sucesso.

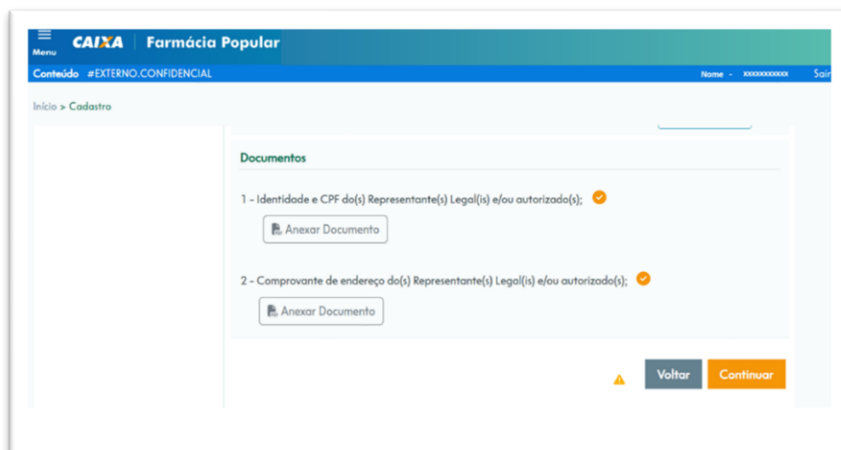


### Menu “Representantes”

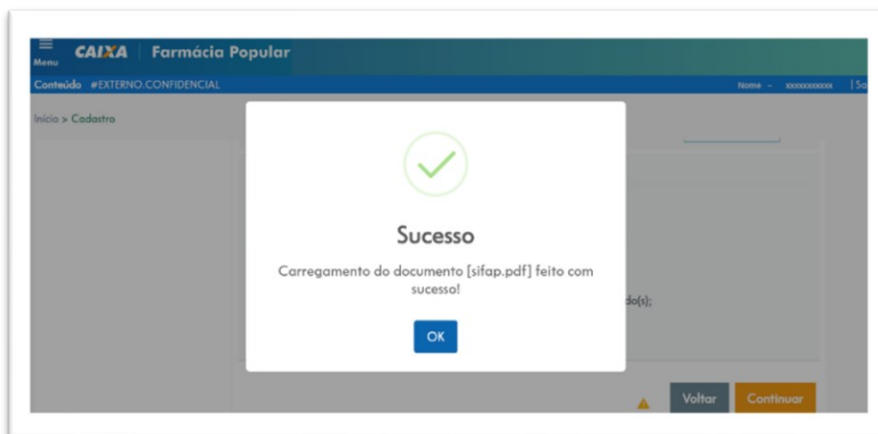
Os campos CPF e Nome Completo são preenchidos automaticamente pelo sistema, devendo ser incluídos apenas o e-mail e o telefone do Responsável Legal e Representantes, caso estes sejam cadastrados.



Para anexar os documentos, clique no campo e escolha o arquivo com extensão PDF que tenha até 35MB.



Se o arquivo for aceito pelo sistema, aparecerá uma tela com a mensagem de sucesso. Ao clicar em “OK” voltará para tela anterior e ao lado do documento aparecerá um ícone verde.



### Adicionar novos representantes

Podem ser adicionadas até 5 pessoas que terão acesso ao sistema como representantes da farmácia. Para isso, o Responsável Legal deve clicar no campo “Adicionar novo representante”.

CAIXA Farmácia Popular

Menu Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL Nome - XXXXXXXXXXXX Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome da Farmácia | CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx | Unidade Empresarial: MATRIZ EM CADASTRAMENTO

**Adicionar novo representante**

**1º Representante Legal - Nome Representante 1**

Dados pessoais

CPF \* Nome Completo

Nome representante 1

E-Mail \* DDD/Telefone \*

Após incluir o primeiro representante, o Responsável Legal deve clicar novamente em **“Adicionar novo representante”** e incluir o próximo, caso exista.

CAIXA Farmácia Popular

Menu Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL Nome - XXXXXXXXXXXX Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome da farmácia | CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx | Unidade Empresarial: EM CADASTRAMENTO

**Adicionar novo representante**

**1º Representante Legal - Nome Responsável Legal**

**2º Nome representante 1**

**3º Nome representante 2**

**4º Nome representante 3**

**5º Nome representante 4**

**6º Nome representante 5**

⚠ Voltar Continuar

2°

**Dados pessoais**

CPF \*      Nome Completo

Campo obrigatório

E-Mail \*      DDD/Telefone \*

Campo obrigatório      DDD é obrigatório Telefone é obrigatório

**Documentos**

1 - Identidade e CPF do(s) Representante(s) Legal(is) e/ou autorizado(s);

2 - Comprovante de endereço do(s) Representante(s) Legal(is) e/ou autorizado(s);

### Preenchimento de informações do(s) representante(s) da farmácia

Cada representante deve acessar o sistema para fazer o upload dos seus documentos e preencher os seus dados. Essa ação é necessária para a evolução da situação da farmácia para **“ANÁLISE PELA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA”**. Caso um representante não inclua seus dados, a situação da farmácia permanecerá **“EM CADASTRAMENTO”** ou **“EM RENOVAÇÃO”**.

Menu **CAIXA** Farmácia Popular

Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL      Nome · xxxxxxxxxxxx | Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome Farmácia      CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx      Unidade Empresarial: MATRIZ     

**Cadastro**

- ✓ Dados da Farmácia >
- ✓ Dados Bancários Conta Pessoa Jurídica Matriz >
- ✓ Dados do Farmacêutico >
- Representantes >**
- ✓ Anexo de Documentos >

**Representantes**

1° Nome Representante

**Dados pessoais**

CPF \*      Nome Completo

E-Mail \*      DDD/Telefone \*

Campo obrigatório      DDD é obrigatório Telefone é obrigatório

**Documentos**

1 - Identidade e CPF do(s) Representante(s) Legal(is) e/ou autorizado(s);

2 - Comprovante de endereço do(s) Representante(s) Legal(is) e/ou autorizado(s);

O perfil do representante pode alterar os dados do cadastro e documentos da farmácia, mas não podem incluir, excluir ou alterar os representantes.

E, como informado anteriormente, o cadastro só evolui para análise pela CAIXA” quando os representantes cadastrados acessarem e incluírem suas informações.

Os representantes da farmácia podem ser incluídos ou alterados enquanto esse cadastro estiver no processo de cadastramento ou renovação, caso a CAIXA rejeite o cadastro para ajustes, ou, caso já esteja em análise pelo Ministério da Saúde, este devolva o cadastro para a CAIXA. Neste último caso, a solicitação deverá ser realizada diretamente ao Ministério da Saúde.

### Menu “Anexo de Documentos”

A inclusão dos documentos da Farmácia e do farmacêutico pode ser realizada tanto pelo Responsável Legal quanto por qualquer um dos Representante cadastrados, caso houver.

#### **Documentos Necessários:**

**Cadastro Nacional Pessoa Jurídica – CNPJ:** Cartão CNPJ atualizado da Secretaria de Receita Federal do Brasil, com o código de Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) compatível com o segmento de farmácia (4771-7/01 e 4771-7/02).

**Documento constitutivo PJ:** Contrato de constituição da sociedade ou Contrato Social e alterações subsequentes, se houver, ou Contrato Social Consolidado e alterações contratuais posteriores à consolidação devidamente registrado na Junta Comercial.

**Comprovante de endereço:** Comprovante de endereço atual em nome da empresa, do mês corrente ou anterior, devendo ser conta de água ou luz.

**CND:** Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União.

**Autorização da ANVISA:** Autorização de funcionamento, ativa e válida, emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

**Licença de Funcionamento:** Licença expedida pelo órgão de vigilância sanitária local, regional ou estadual.

**ECF:** Autorização de Emissor de Cupom Fiscal válida ou um cupom fiscal original para processamento das operações eletrônicas.

**Documento do farmacêutico:** Documento oficial de identidade do farmacêutico.

Se o arquivo for aceito pelo sistema, aparecerá uma tela com a mensagem de sucesso. Ao clicar em “OK” voltará para tela e, na frente do documento, aparecerá um ícone verde.

Início > Cadastro


- Dados da Farmácia >
- Dados Bancários Conta Pessoa Jurídica Matriz >
- Dados do Farmacêutico >
- Representantes >
- Anexo de Documentos >**

Anexe os seguintes documentos em formato PDF (Portable Document Format) com até 50mb de tamanho:

- 1 - Cartão CNPJ atualizado da Secretaria de Receita Federal do Brasil, com o código de Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE) compatível com o segmento de farmácia (4771-7/01 e 4771-7/02);
  - CADASTRO NACIONAL PESSOA JURÍDICA - CNPJ.pdf
- 2 - Documento constitutivo PJ - Contrato de constituição da sociedade ou Contrato Social e alterações subsequentes se houver ou Contrato Social Consolidado e alterações Contratuais posteriores à Consolidação se houver, devidamente registrado na Junta Comercial;
  - DOCUMENTO CONSTITUTIVO.pdf
- 3 - Comprovante de endereço atual da empresa, água e luz, mês corrente ou anterior;
  - COMPROVANTE RESIDENCIA CNPJ.pdf
- 4 - Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União (CND);
  - REGULARIDADE FISCAL PERANTE A FAZENDA NACIONAL.pdf
- 5 - Autorização de funcionamento emitida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ativa e válida;
  - AUTORIZAÇÃO AGÊNCIA REGULADORA.pdf
- 6 - Licença de Funcionamento expedida pelo órgão de vigilância sanitária local, regional ou estadual devidamente autenticada em cartório competente;
  - ALVARÁ SANITÁRIO DA ENTIDADE.pdf
- 7 - Certificado de Regularidade Técnica - CRT válido, emitido pelo Conselho Regional de Farmácia - CRF, devidamente autenticado em cartório competente;
  - CERTIFICADO DE REGULARIDADE TÉCNICA - CRT.pdf
- 8 - Autorização de Emissor de Cupom Fiscal - ECF válida, devidamente autenticada em cartório competente, juntamente com um cupom fiscal original para processamento das operações eletrônicas;
  - AUTORIZAÇÃO DE EMISSOR DE CUPOM FISCAL - ECF.pdf
- 9 - Documento oficial de identidade do Farmacêutico;
  - Anexar Documento

Voltar Enviar


Somente será possível finalizar o cadastro e enviá-lo para análise da CAIXA se todos os representantes incluírem os seus dados e documentos.



**Deseja finalizar o cadastro?**

Ao confirmar, seu cadastro será enviado para análise pela Instituição Financeira.

Sim, enviar Cancelar



**Sucesso**

Documentos enviados com sucesso!

OK

## Documentos em Análise pela CAIXA

Menu **CAIXA** Farmácia Popular

Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL Nome - XXXXXXXXXXXX | Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome Farmácia | CNPJ: XX.XXX.XXX/XXXX-XX | Unidade Empresarial: MATRIZ

**ANÁLISE PELA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA**





CAIXA Farmácia Popular

Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL Nome - xxxxxxxxxxxx | Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome Farmácia | CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx | Unidade Empresarial: MATRIZ | RTA PENDENTE

**Cadastro**

- Dados da Farmácia >
- Dados Bancários Conta Pessoa Jurídica Matriz >
- Dados do Farmacêutico >
- Representantes >
- Anexo de Documentos >
- Análise de Documentação >
- Assinatura de RTA >**

**Assinatura de RTA**

Matriz Filial

**REQUERIMENTO E TERMO DE ADEÇÃO - RTA**

Senhor Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde do Ministério da Saúde, a empresa CNPJ nº xx.xxx.xxx/xxxx-xx, representada, neste ato, por seu representante legal, **Nome**, CPF nº xxx.xxx.xxx-xx, RG nº, órgão emissor do RG: , com poderes para tanto, conforme documento comprobatório anexo, vem requerer o credenciamento da referida empresa no Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, ao mesmo tempo em que manifesta ciência da regulamentação do Programa, notadamente do Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação - PRC GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, e de suas exigências e obrigações, as quais satisfaz, aceitando-as e comprometendo-se a cumpri-las, em face da eventual relação convencional a ser constituída, para todos os efeitos.

Termo em que pede deferimento.  
Município, UF, 26 de Março de 2025

Número RG \*  Órgão Emissor \*   
Campo obrigatório Campo obrigatório

Declaro que li e estou ciente.

Voltar Assinar

## Unidade Filial

CAIXA Farmácia Popular

Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL Nome - xxxxxxxxxxxx | Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome Farmácia | CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx | Unidade Empresarial: FILIAL | RTA PENDENTE

**Cadastro**

- Dados da Farmácia >
- Dados Bancários Conta Pessoa Jurídica Matriz >
- Dados do Farmacêutico >
- Representantes >
- Anexo de Documentos >
- Análise de Documentação >
- Assinatura de RTA >**

**Assinatura de RTA**

REQUERIMENTO E TERMO DE ADEÇÃO - RTA

Senhor Secretário de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde do Ministério da Saúde, a empresa CNPJ nº xx.xxx.xxx/xxxx-xx, representada, neste ato, por seu representante legal, **Nome**, CPF nº xxxxxxxxxxxx, RG nº, órgão emissor do RG: , com poderes para tanto, conforme documento comprobatório anexo, vem requerer o credenciamento da referida empresa no Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, ao mesmo tempo em que manifesta ciência da regulamentação do Programa, notadamente do Anexo LXXVII da Portaria de Consolidação - PRC GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, e de suas exigências e obrigações, as quais satisfaz, aceitando-as e comprometendo-se a cumpri-las, em face da eventual relação convencional a ser constituída, para todos os efeitos.

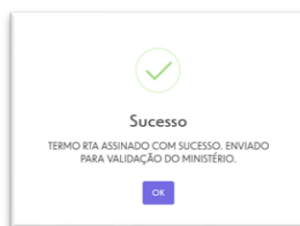
Termo em que pede deferimento.  
Município, UF, 26 de Março de 2025

Número RG \*  Órgão Emissor \*   
Campo obrigatório Campo obrigatório

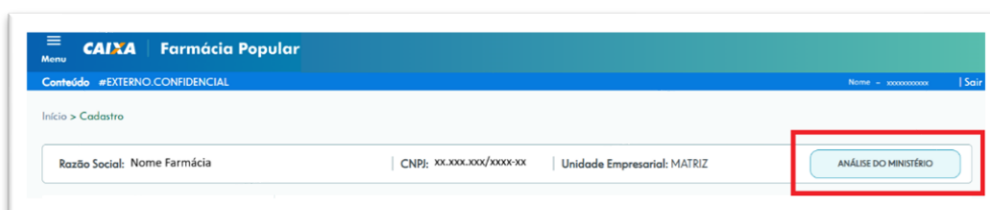
Declaro que li e estou ciente.

Voltar Assinar

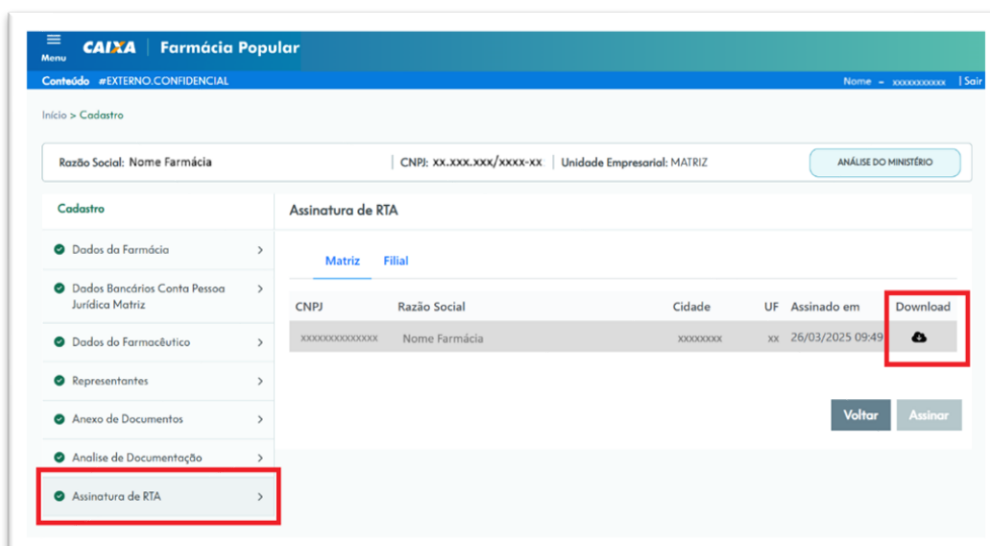
Ao clicar em “Assinar”, será apresentada uma tela de confirmação de envio para validação do Ministério.



Após a assinatura, o status do cadastro da farmácia passará para “ANÁLISE DO MINISTÉRIO”.



É possível consultar o RTA assinado clicando no ícone download.



### Assinatura de RTA em lote das filiais

É possível que o Responsável Legal assine em lote os RTA das filiais que já estiverem na situação “RTA PENDENTE”. Para isso, ele deve acessar o cadastro da unidade Matriz e, no menu “ASSINATURA DO RTA” clicar na opção “Filial” e selecionar as unidades que serão assinadas. Dessa forma, é possível fazer uma única assinatura para várias unidades filiais.

Menu
Farmácia Popular

Conteúdo #EXTERNO.CONFIDENCIAL
Nome - xxxxxxxxxxxx | Sair

Início > Cadastro

Razão Social: Nome Farmácia
CNPJ: xx.xxx.xxx/xxxx-xx
Unidade Empresarial: MATRIZ
ANÁLISE DO MINISTÉRIO

Cadastro	Assinatura de RTA														
<ul style="list-style-type: none"> <li><span style="color: green;">●</span> Dados da Farmácia &gt;</li> <li><span style="color: green;">●</span> Dados Bancários Conta Pessoa Jurídica Matriz &gt;</li> <li><span style="color: green;">●</span> Dados do Farmacêutico &gt;</li> <li><span style="color: green;">●</span> Representantes &gt;</li> <li><span style="color: green;">●</span> Anexo de Documentos &gt;</li> <li><span style="color: green;">●</span> Análise de Documentação &gt;</li> <li style="border: 2px solid red; padding: 2px;"><span style="color: green;">●</span> Assinatura de RTA &gt;</li> </ul>	<div style="margin-bottom: 10px;"> <span style="color: blue;">Matriz</span> <span style="border: 2px solid red; padding: 2px; margin-left: 10px;">Filial</span> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; border: 2px solid red;"> <thead> <tr> <th><input type="checkbox"/> CNPJ</th> <th>Razão Social</th> <th>Cidade UF</th> <th>Assinado em</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> xxxxxxxxxxxxxxxx</td> <td>Nome Farmácia</td> <td>xxxxxxx/xx</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> xxxxxxxxxxxxxxxx</td> <td>Nome Farmácia</td> <td>xxxxxxx/xx</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">Mostrando 1 ate 2 de 2 no total &lt;&lt; &lt; 1 &gt; &gt;&gt; ▾</p> <div style="margin-top: 10px;"> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 2px solid red; padding: 5px;">           Número RG *  <input style="width: 100%;" type="text"/>  <small style="color: red;">Campo obrigatório</small> </td> <td style="width: 50%; border: 2px solid red; padding: 5px;">           Órgão Emissor *  <input style="width: 100%;" type="text"/>  <small style="color: red;">Campo obrigatório</small> </td> </tr> </table> <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Declaro que li e estou ciente.         </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <span style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px 15px; margin-right: 10px;">Voltar</span> <span style="border: 1px solid #ccc; padding: 5px 15px;">Assinar</span> </div>	<input type="checkbox"/> CNPJ	Razão Social	Cidade UF	Assinado em	<input type="checkbox"/> xxxxxxxxxxxxxxxx	Nome Farmácia	xxxxxxx/xx		<input type="checkbox"/> xxxxxxxxxxxxxxxx	Nome Farmácia	xxxxxxx/xx		Número RG * <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="color: red;">Campo obrigatório</small>	Órgão Emissor * <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="color: red;">Campo obrigatório</small>
<input type="checkbox"/> CNPJ	Razão Social	Cidade UF	Assinado em												
<input type="checkbox"/> xxxxxxxxxxxxxxxx	Nome Farmácia	xxxxxxx/xx													
<input type="checkbox"/> xxxxxxxxxxxxxxxx	Nome Farmácia	xxxxxxx/xx													
Número RG * <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="color: red;">Campo obrigatório</small>	Órgão Emissor * <input style="width: 100%;" type="text"/> <small style="color: red;">Campo obrigatório</small>														