



CRF-CE

Serviço Público Federal
Conselho Federal de Farmácia

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO CEARÁ

SOLICITAÇÃO DE VISTO						
Razão social						
Nome de fantasia						
Nº do Registro nº CRF-CE		CNPJ		Insc estadual		
Ramo de atividade				Alteração nº		
Endereço:						
Bairro:		Cidade	CEP	Telefones		
E-mail:						
Representante legal						
Nome						
RG		CPF	Contatos:		e-mail	
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO						
Segunda a sexta		Sábado	Domingo	Farmácia 24h	Sim ()	Não ()
RESPONSÁVEL TÉCNICO (Diretor técnico)						
Nome						CRF-CE nº
Endereço:						
Bairro:		Cidade	CEP	Telefones		
E-mail:						
Horário de trabalho						
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
FARMACÊUTICO ASSISTENTE E/OU SUBSTITUTO						
Nome						CRF-CE nº
Endereço:						
Bairro:		Cidade	CEP	Telefones		
E-mail:						
Horário de trabalho						
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
FARMACÊUTICO ASSISTENTE E/OU SUBSTITUTO						
Nome						CRF-CE nº
Endereço:						
Bairro:		Cidade	CEP	Telefones		
E-mail:						
Horário de trabalho						
Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
TERMO DE COMPROMISSO						
<p>DECLARO verdadeiras as informações prestadas e estou cientes de que a omissão ou declaração falsa configura-se " crime de falsidade ideológica", previsto no Art 299 do Código Penal Brasileiro, que terei de informar ao CRF-CE sobre mudanças de endereço, responsabilidade profissional, contratual e outras que ocorrerem, conforme previsto na legislação.</p> <p>Declaro outrossim, que incorrerei em infração aos dispositivos legais Lei 3.820/60; Lei 5.991/73; Lei 6437/77; Decretos Federais 74.170/74; 85.878/8 e outras legislações pertinentes, em caso de descumprimento as normas legais e tenho conhecimento que de acordo com a Lei 5.991/73, terei o prazo de até 30 (trinta) dias para contratar farmacêutico, e que durante este período, o estabelecimento não poderá aviar fórmulas magistrais ou oficinais, vender medicamentos sujeitos ao regime especial de controle especial (Portaria 344/98) e o não cumprimento da legislação, incorrerei em penalidades e infrações sanitárias previstas na Lei 6437/77.</p>						
Fortaleza, ____/____/____						

Assinatura do proprietário ou representante legal

O representante legal deverá comprovar que legalmente representa a empresa/estabelecimento em anexo: Cartão do CNPJ; Contrato social da empresa; comprovante de endereço.