



CRF-CE

Serviço Público Federal  
Conselho Federal de Farmácia

**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO CEARÁ**  
**SOLICITAÇÃO DE VISTO – SETOR PRIVADO**

**SEGUIR INSTRUÇÕES**

- Todos os campos devem ser preenchidos corretamente (com letra de forma / legível ou digitado).
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

**REQUERIMENTO DE:**

- Contratação de Farmacêutico Responsável Técnico     
  Contratação de Farmacêutico Assistente Técnico     
  Contratação de Farmacêutico Substituto  
 Alteração de Horário do Estabelecimento     
  Alteração de Endereço do Estabelecimento     
  Alteração da Constituição da Firma e /  
 Farmacêutico Proprietário     
 ou Razão Social

**Dados do ESTABELECIMENTO:**

Razão Social:		Nº CRF/CE:	
Nome Fantasia:		CNPJ:	
Ramo de Atividade:			
Endereço:			
		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	E-mail:

Representante legal:		CPF	RG
Endereço:			
Bairro	Cidade	CEP	Telefone(s)
E-mail:			

**Se Farmácia, possui serviços de:**   
 Vacinação     
 Homeopatia     
 Nenhuma opção anterior

Caso o estabelecimento manipule fórmulas homeopáticas, ou ofereça Vacinação o (s) farmacêutico (s) e representante legal assinam, abaixo, comprometem-se a comunicar ao CRF-CE, bem como, comprovar a especialização em Homeopatia e curso de Vacinação do profissional, de acordo com as Resoluções do CFF.

**DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO**

**Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Ceará - CRF - CE**

O proprietário/ representante legal abaixo, assina, DECLARA ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que, o horário de funcionamento é:

**ROTINA:**

SEGUNDA  
TERÇA  
QUARTA  
QUINTA  
SEXTA  
SÁBADO  
DOMINGO

Horário de Abertura	Intervalo *		Horário de Fechamento

\* Preencher se houver intervalo

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Assinatura do sócio / representante legal