

**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 Responsavel 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 /

ou Razão Social

Farmacêutico Proprietário Outros vinculos (Profissional não será RT, AT, FS)

|  |
| --- |
|  |

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:** | Horário de Abertura | Intervalo \* | | Horário de Fechamento |
| SEGUNDA |  |  |  |  |
| TERÇA |  |  |  |  |
| QUARTA |  |  |  |  |
| QUINTA |  |  |  |  |
| SEXTA |  |  |  |  |
| SÁBADO |  |  |  |  |
| DOMINGO |  |  |  |  |

**\* Preencher se houver intervalo**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Assinatura do sócio / representante legal |