



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:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contratação de Farmacêutico Responsável Técnico | <input type="checkbox"/> Contratação de Farmacêutico Assistente Técnico     | <input type="checkbox"/> Contratação de Farmacêutico Substituto                 |
| <input type="checkbox"/> Alteração de Horário do Estabelecimento         | <input type="checkbox"/> Alteração de Endereço do Estabelecimento           | <input type="checkbox"/> Alteração da Constituição da Firma e / ou Razão Social |
| <input type="checkbox"/> Farmacêutico Proprietário                       | <input type="checkbox"/> 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:			

<b>Se Farmácia, possui serviços de:</b> <input type="checkbox"/> Vacinação <input type="checkbox"/> Homeopatia <input type="checkbox"/> Nenhuma opção anterior
<small>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.</small>

**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