**SOLICITAÇÃO DE CADASTRO DE CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO - SEM CNPJ**

**Pessoa Física (CPF)**

O (a) Profissional farmacêutico (a):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | |  | | | | | | | | | | | | | **CRF/GO:** | | |
| **Naturalidade/U.F.:** | | | |  | | | | | | | **Nacionalidade/U.F.:** | | | | | | |
| **CPF:** |  | | | | **R.G.:** | |  | | | **Órgão Expedidor:** | | |  | | | **Data Exp.R.G.:** | **/  /** |
| **Endereço:** | | | | | | | | | | | | | | **Bairro:** | | | |
| **Município:** | | |  | | | **U.F.:** |  | | **CEP:** | | | **Fone residencial:** | | | | | |
| **Fone celular:** | | | | | | | | **e-mail pessoal:** | | | | | | | | | |

**Vem requerer o cadastro do Consultório Farmacêutico pessoa física(sem cnpj):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome fantasia:** | | | **Município:** |
| **Endereço:** | | | **CEP:** |
| **Bairro:** | **Fone:** | **e-mail:** | |

**Atividades a serem desenvolvidas no consultório farmacêutico:**

|  |  |
| --- | --- |
| Farmácia Clínica | Atribuições clínicas do farmacêutico (Res. CFF 585/2013, 586/2013); |
| Farmácia Estética | Toxina Botulínica (Res. CFF 616/2015);  Preenchimentos Dérmicos (Res. CFF 616/2015);  Carboxiterapia (Res. CFF 616/2015);  Intradermoterapia/ Mesoterapia (Res. CFF 616/2015);  Agulhamento e Microagulhamento Estético (Res. CFF 616/2015);  Criolipólise (Res. CFF 616/2015);  Fio lifting de autosustentação (Res. CFF 645/2017);  Laserterapia ablativa (Res. CFF 645/2017); |
| Praticas Integrativas e Complementares | Antroposofia (Res. CFF 465/2007);  Acupuntura (Res. CFF 516/2009);  Homeopatia (Res. CFF 635/2016);  Ozonioterapia (Res. CFF 685/2020 e 695/2020); |
| Outras Atividades | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**DECLARO 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” previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.**

**DECLARO ter ciência que, para o exercício de atividade na qual seja necessária respectiva habilitação, deverei estar devidamente habilitado, de acordo com as legislações vigentes do Conselho Federal de Farmácia, com aptidão reconhecida pelo CRF/GO por meio da solicitação da emissão da AAPF.**

**DECLARO ter conhecimento que deverei formalizar ao CRF/GO, o fim da atividade do presente estabelecimento, sob pena de responsabilização profissional de acordo com que dispõe a Lei Federal 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia.**

**Assim, nos termos da deliberação nº 576 de 28 de junho de 2021, do CRF/GO, comparecem a este ato de Cadastro de Consultório Farmacêtico, junto ao CRF/GO, os abaixo assinados:**

Goiânia, **/  /**

|  |  |
| --- | --- |
| **Farmacêutico (a):** | **Depto. Fiscalização:** |
| **Presidente CRF/GO:** | |

02 vias: CRF/Farmacêutico.

|  |
| --- |
| **REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO P.FÍSICA** |

**O (a) Profissional farmacêutico (a):**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome: | |  | | | | | | | | | | | | | | | CRF/GO: | | |
| Naturalidade/U.F.: | | | |  | | | | | | | | Nacionalidade/U.F.: | | |  | | | | |
| CPF: |  | | | | R.G.: | |  | | | | Órgão Expedidor: | | |  | | | | Data Exp.R.G.: | /  / |
| Endereço: | | | | | | | | | | | | | | | | Bairro: | | | |
| Município: | | |  | | | U.F.: |  | | CEP: |  | | | Fone residencial: | | | | | | |
| Fone celular: | | | | | | | | e-mail pessoal: | | | | | | | | | | | |

**Vem requerer a responsabilidade técnica:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Diretor Técnico |  |  |

Com o seguinte horário de assistência:

|  |  |
| --- | --- |
| Segunda-feira: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |
| Terça-feira: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |
| Quarta-feira: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |
| Quinta-feira: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |
| Sexta-feira: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |
| Sábado: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |
| Domingo: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |

**HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO CONSULTÓRIO:**

|  |  |
| --- | --- |
| Segunda a sexta-feira: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |
| Sábado: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |
| Domingo: | Das   :   h, às   :   h, e das   :   h, às   :   h. |

**Firmo** o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de Goiás e no cumprimento do dever profissional, DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao estabelecimento acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/GO de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não prestar assistência ao estabelecimento, no horário previsto neste termo. DECLARO, ainda que:

**1.**Comunicarei ao CRF/GO, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 01 dia;

**2.**Tenho conhecimento de que no caso de afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, *a baixa só se concretizará após o protocolo no CRF-GO*, dos seguintes documentos: Comunicação de baixa de responsabilidade técnica, via Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado; Documento de baixa na Vigilância Sanitária e ainda, cópia da exoneração;

**3.**Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial;

**4.**Não receberei salário inferior ao salário *ético* e/ou ao estipulado no concurso público e/ou contrato, pelos meus serviços técnicos e profissionais;

Assim, nos termos da Lei 3.820/60 e das Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, comparecem a este ato de Homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF/GO, os abaixo assinados:

Goiânia, **/  /**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Farmacêutico (a):** |  | **Depto. Fiscalização:** |
| **Presidente CRF/GO:** | | |

04 vias: CRF/Farmacêutico/Estabelecimento/Vigilância Sanitária

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES** |

Profissional Farmacêutico (a):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome:** | **CPF:** | **CRF/GO:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **()** - Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais ou análogas: | |
| **I - Razão social:** | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **II - Razão social:** | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **III - Razão social:** | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:** |

|  |
| --- |
| **()** - - Não exerço outras atividades profissionais ou análogas. Declaro, também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no art. 19 do Código de Ética Profissão Farmacêutica, Res. CFF nº 417/04, bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/GO sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades. |

Goiânia, **/  /**

|  |
| --- |
| **Assinatura Farmacêutico:** |

02 vias: CRF/Farmacêutico