



DECLARAÇÃO E TERMO DE CIÊNCIA DE FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO MISTA (ALOPÁTICA E HOMEOPÁTICA)

Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados – * Campos de preenchimento obrigatório

ILMO SR PRESIDENTE,

Nome: CPF:

Representante legal, e, o Diretor Técnico

nº CRF-PR: do estabelecimento, com:

Razão Social CNPJ:

Declaramos, para fins de comprovar as exigências da lei 5.991/73 e da Resolução 440/05 alterada pela Resolução 576/13 do Conselho Federal de Farmácia, que:

O **Laboratório de Manipulação Alopática** (Humana ou Veterinária), funciona nos seguintes horários e dias semanais:

sob responsabilidade técnica do(s) profissional(is) com o nº do CRF-PR :

O **Laboratório de Manipulação Homeopática** funciona nos seguintes horários e dias semanais:

sob responsabilidade técnica do(s) profissional(is) com o nº do CRF-PR :

DECLARAMOS assim, ter ciência que a declaração falsa ou o não cumprimento dos termos dessa declaração, nos seus dias e horários, implicará na tomada de providências pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná, seja pela adoção de medidas de sua competência, dentre elas a instauração de procedimento disciplinar e a retenção da Certidão de Regularidade ou seu cancelamento, assim como a comunicação a entidades da administração pública, com base no artigo 10, alínea “c” da Lei 3.820/60, para providências da alçada destas, sem prejuízo de outras medidas, judiciais ou administrativas, cíveis ou criminais, ou ainda quando da constatação de outras irregularidades por parte do serviço de fiscalização deste CRF-PR.

DECLARAMOS outrossim, que o estabelecimento, possui áreas específicas e segregadas para a manipulação de alopatia e homeopatia, atende a legislação vigente, e, estamos cientes de que a tramitação do procedimento de registro do estabelecimento e/ou ingresso do profissional somente será levada a apreciação do Plenário deste CRF/PR, após o encaminhamento de documento específico emitido pela **Vigilância Sanitária Municipal** comprovando que o estabelecimento possui estrutura física adequada para manipulação de alopatia e homeopatia em áreas distintas e separadas.

Cidade: Data : Mês: Ano:

Assinaturas:

DIRETOR TÉCNICO LABORATÓRIO DE HOMEOPATIA

DIRETOR TÉCNICO LABORATÓRIO DE ALOPATIA

Assinatura Eletronicamente por CPF e Senha Pessoal do Representante Legal