



Instruções para preenchimento do formulário e outros documentos (PDF preenchível) para registro ou alteração e/ou inclusão do quadro de profissionais responsáveis técnicos ou alteração de horário de funcionamento, assistência ou modalidade de tipo de responsabilidade técnica – FARMÁCIA MANIPULAÇÃO

Necessário:

1. Aplicativo leitor do arquivo PDF (ex.: Acrobat read e outros);
2. Opção caps lock ativado (CAIXA ALTA – LETRAS MAIÚSCULAS) para preenchimento.

Modo de preenchimento dos requerimentos e outros documentos do CRF-PR:

1. Como iniciar o preenchimento do formulário em PDF preenchível:
 - 1.1. Utilize o mouse para selecionar o primeiro campo a ser preenchido.
 - 1.2. Para pular para próximo campo:
 - 1.2.1. Pode utilizar o mouse ou tab.
 - 1.3. Para iniciar o preenchimento do formulário aberto no Adolbe Acrobat Reader
 - 1.3.1. Para iniciar utilize o mouse clicando dentro do quadrado que fica em frente a palavra razão social
 - 1.3.1.1. Para desmarcar é somente utilizar o mouse para desmarcar a escolha.

2. Como deve ser preenchido cada campo veja instruções abaixo:

Download - Formulário de Requerimento IRT Empresa Farmácia com Manipulação - [CLIQUE AQUI](#)

REQUERIMENTO, TERMO E QUADRO DE HORÁRIO PARA O ESTABELECIMENTO
FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO ALOPÁTICA, HOMEOPÁTICA E/OU VETERINÁRIA
Formulário em PDF deve ser preenchidos digitados

ILMO PRESIDENTE,
Como representante legal da empresa com:

ETAPA 01 : DADOS DA EMPRESA REQUERENTE DO SERVIÇO

Preencher abaixo com os dados da empresa

Razão Social: _____
Fantasia: _____ CNPJ: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ E-mail: _____
Fone Fixo: (____) _____ Celular: (____) _____

ETAPA 02: NATUREZA DE ATIVIDADE – FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO

Obs.: Definição sobre a conceito dos estabelecimentos abaixo – [CLIQUE AQUI](#)

Escolher UMA (01) opção quanto a natureza da atividade da farmácia que manipula medicamento: Alopática ou veterinários ou homeopático ou alopática e homeopático



Venho com acatamento, em cumprimento ao que determina a Lei 6.839/80, combinada com o artigo 24 da Lei 3.820/60; Lei 5.991/73; art. 27 do Decreto 74.170/74 e Lei 13.021/14, para a Natureza de Atividade - FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO, ALOPÁTICA, VETERINÁRIA, HOMEOPÁTICA ou ALOPÁTICA E HOMEOPÁTICA.

ETAPA 03 - TIPO DE SERVIÇO REQUERIDO

Explicação sobre os tipos de serviços - [CLIQUE AQUI](#)

Escolher UMA (01) opção abaixo conforme o serviço requerido: REGISTRO DO ESTABELECIMENTO ou e/ou INCLUSÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS ou ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, ASSISTÊNCIA OU MODALIDADE DE TIPO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA.

Requerer o REGISTRO DO ESTABELECIMENTO;

Requerer a ALTERAÇÃO e/ou INCLUSÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS do estabelecimento, já registrado;

Requerer a ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, ASSISTÊNCIA OU MODALIDADE DE TIPO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA, do estabelecimento já registrado, e,
Declaro que o estabelecimento terá horário de funcionamento diário:

ETAPA 04: HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA EMPRESA

Obs.: Esclarecimento sobre a carga horária de assistência – [CLIQUE AQUI](#)

Preencher abaixo, com horário de FUNCIONAMENTO DA EMPRESA. Horário de início de atividade e fim atividade em cada dia da semana. Utilizar o seguinte formato de preenchimento – hh:mm -padrão sistema de horário 24 horas ex: 08:00 ou 20:00. Obs.: caso feche para almoço declare o início do expediente pela manhã e o fim de expediente pela manhã e início do expediente da tarde e o fim do expediente do dia.

Declaro que o estabelecimento terá horário de funcionamento diário:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início: <input type="text" value="08:00"/>						
Fim : <input type="text" value="18:00"/>						
Início: <input type="text"/>						
Fim : <input type="text"/>						

ETAPA 05: HORÁRIO DE PLANTÃO DA EMPRESA

Caso o município tenha PLANTÃO REGULAMENTADO, deve-se informar o horário de funcionamento nos dias de plantão. Utilizar o seguinte formato de preenchimento – hh:mm -padrão sistema de horário 24 horas ex: 08:00 ou 20:00.

Plantão (quando houver):

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text" value="08:00"/>					
Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text" value="18:00"/>					



Início:						
Fim :						

ETAPA 06: INFORMAR O NÚMERO DE PROFISSIONAIS REQUERENTES AOS SERVIÇOS INCLUSÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS OU ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, ASSISTÊNCIA OU MODALIDADE DE TIPO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Preencher abaixo a QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS que estão ingressando ou alterando horário e que deverá(ão) apresentar o outro formulário (Termo(s) de Compromisso, Residencial e Declaração de Outras Atividades do(s) Farmacêutico(s) conjuntamente.

Para cumprir a assistência técnica exigida em lei, declaro ciência dos horários de assistência técnica de cada farmacêutico, conforme os formulário(s) anexo(s) a este requerimento contendo o(s) **Termo(s) de Compromisso, Residencial e Declaração de Outras Atividades do(s) Farmacêutico(s) requerente(s) e Ficha de Avaliação para Farmácias de Manipulação**, e se com manipulação mista (Alopátia e Homeopatia), também o **Termo e Declaração de Farmácia de Manipulação Alopática e Homeopática**, ficando ciente ainda que, em caso de omissão ou declaração falsa do horário de funcionamento ou assistência dos farmacêuticos, estarei sujeito às sanções legais cabíveis.

Declaro ainda, estar ciente que ocorrendo a **Baixa de Responsabilidade Técnica do Diretor Técnico (DT)**, implicará, como consequência a baixa das Responsabilidades Técnicas de assistentes e substitutos anotados nos prazos previstos para regularização (30 dias), com início na rescisão de contrato ou afastamento das atividades do DT. Desta forma, se faz necessário promover a regularização com novo Diretor Técnico no prazo concedido por lei, sob pena de aplicação das penalidades prevista no artigo 24, parágrafo único da Lei 3.820/60, em qualquer horário de funcionamento, assim como, ser necessário efetuar novamente o Ingresso de Responsabilidade de todos os farmacêuticos ocasionalmente baixados.

Da mesma forma, declaro ter ciência que a **Baixa da Responsabilidade Técnica de Farmacêutico Substituto** que exerça o mesmo horário de assistência de outro(s) profissional(is), nas folgas ou descanso semanal remunerado dos efetivos, ou ainda a farmacêutico afastado, caracterizará falta de assistência, implicando a obrigação de requerer a anotação de Responsabilidade Técnica de novo farmacêutico substituto, sob pena de autuação na forma do artigo acima indicado, na hipótese da constatação de falta de assistência no momento da inspeção.

Cidade: _____ Data _____ Mês _____ Ano: _____
de _____ de _____ de _____

Assinado Eletronicamente por CPF e Senha Pessoal (QUEM FEZ O ACESSO NA FERRAMENTA CRF-PR EM CASA como representante legal)

Assinado Eletronicamente por CPF e Senha Pessoal Representante Legal

- IMPORTANTE: Enviar junto com outros documentos, formulário e declaração para requerer o tipo de serviço requerido neste formulário na ferramenta CRF-PR em Casa.**

PREENCHIMENTO REQUERIMENTO, TERMO DE COMPROMISSO, RESIDENCIAL E DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES DE CADA RT

Download - Formulário Termo de Compromisso Profissional – Farmácia Manipulação – **CLIQUE AQUI**

Cada profissional que está ingressando ou alterando horário ou modalidade deverá apresentar o seu TERMO DE COMPROMISSO.

REQUERIMENTO, TERMO DE COMPROMISSO, RESIDENCIAL E DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES:
DIRETOR TÉCNICO – ASSISTENTE TÉCNICO – SUBSTITUTO – FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO
Formulário PDF deve ser preenchido digitado e Campos * preenchimento obrigatório



ILMO SR. PRESIDENTE

ETAPA 07: Preencher abaixo com os dados do profissional requerente da responsabilidade técnica

Nome* : _____ | *CRF-PR nº: _____ |
E-mail* : _____ | Celular*: DDD _____ |

ETAPA 08: Selecionar abaixo qual modalidade da responsabilidade técnica (direção, assistência ou substituição) para o farmacêutico que está envolvido no serviço requerido.

Obs.: Dúvida sobre modalidade de responsabilidade – [CLIQUE AQUI](#)

Farmacêutico, venho respeitosamente por esse, requerer a Responsabilidade Técnica na condição de:

Diretor Técnico, **Assistente Técnico**, **Substituto** ou **Declaração de Atividade Profissional (DAP) Eventual**, pelo estabelecimento abaixo, pelo qual firmo o presente termo de compromisso perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná – CRF – PR, e no cumprimento do dever profissional,

ETAPA 09: Selecionar abaixo qual natureza da farmácia com manipulação

DECLARO sob pena das sanções pertinentes que prestarei efetiva assistência técnica a FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO: ALOPÁTICA, VETERINÁRIA, HOMEOPÁTICA OU ALOPÁTICA E HOMEOPÁTICA nos dias e horários:

ETAPA 10: HORÁRIO DE TRABALHO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Obs.: Esclarecimento sobre a carga horária de assistência – [CLIQUE AQUI](#)

Preencher abaixo o horário de trabalho do profissional responsável técnico no quadro abaixo. Horário de início de atividade e fim atividade de cada período e dia da semana. Exemplo segunda período da manhã - início (08:00) e fim (12:00) e período da tarde – início (14:00) e fim (18:00) Utilizar o seguinte formato de preenchimento – hh:mm -padrão sistema de horário 24 horas ex: 08:00 ou 20:00. No caso da responsabilidade SUBSTITUIÇÃO, este quadro deve ficar em branco.

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início: _____	Início: 08:00	Início: _____				
Fim : _____	Fim : 12:00	Fim : _____				
Início: _____	Início: 14:00	Início: _____				
Fim : _____	Fim : 18:00	Fim : _____				

Esclarecimento sobre tipo de horários: [CLIQUE AQUI](#)

ETAPA 11: PLANTÃO OU HORÁRIO ALTERNATIVO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Caso trabalhe nos dias de plantão (para casos de plantões regulamentado pelo município) ou tenha horário alternativo assinale a opção e depois preencher os horários abaixo conforme instruções acima.

Obs.: No caso dos profissionais realizarem horário alternativo, o estabelecimento precisa garantir a assistência farmacêutica necessária para o tipo de estabelecimento, tanto nos horários de assistência “normais” quanto nos horários alternativos.



Dias e Horário: Plantão (se aplicável) ou Horário Alternativo (se desejável), **sendo este válido apenas quando o horário de assistência técnica for completa e integralmente regular:**

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início: _____						
Fim : _____						
Início: _____						
Fim : _____						

ETAPA 12: DADOS DA EMPRESA REQUERENTE DO SERVIÇO

Preencher, abaixo, com a razão social e os dados solicitado da empresa que irá assumir a responsabilidade técnica

Ao estabelecimento de Razão Social: _____

CNPJ: _____

no Município de _____

de acordo com o que dispõe as Leis Federais nº 3.820/60 e 6.839/80, Decreto Federal 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica, ficando ciente que, incorrerei nas sanções disciplinares se não prestar assistência no estabelecimento no horário declarado neste termo.

ETAPA 13: REMUNERAÇÃO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO

Digite abaixo a remuneração do profissional

Declaro que pelos meus serviços técnicos profissionais não receberei remuneração abaixo do estabelecido pelo piso salarial oriundo de acordo, convenção coletiva ou dissídio da categoria, sendo a importância mensal de R\$ | _____ ou,

ou se o profissional for sócio da empresa conforme contrato social, o percentual de cotas do profissional

sou sócio com | _____ % das cotas.

ETAPA 14: OUTRAS ATIVIDADES

Abaixo deverá ser selecionada a situação atual do profissional, ou seja, se o profissional possui ou não alguma outra atividade, a fim de comprovar a disponibilidade de horário para exercer a responsabilidade técnica no horário que está sendo requerido.

No caso de exercer alguma outra responsabilidade técnica já registrada perante o CRF-PR NÃO é necessário apresentar documentação complementar.

Declaro ainda, para os devidos fins que:

- Não exerço outras atividades profissionais (quaisquer, inclusive aulas), ou outra diversa;
 Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários abaixo:

Caso o profissional exerça alguma outra atividade que NÃO se trate de responsabilidade técnica, como aulas, por exemplo, deverá preencher quadro abaixo e apresentar documento comprobatório, emitido pela referida instituição ou empresa, contendo os dias e horários:

--



E, que tenho conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento, poderá me sujeitar à ação criminal pelo cometimento do crime de “Falsidade Ideológica”, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Declaro estar ciente de que, no caso de rescisão do contrato de trabalho, de acordo com o Código de Ética, Resolução 596/2014 do CFF, devo comunicar ao CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ o encerramento do vínculo em até **5 (cinco) dias**, sob pena de descumprimento do art. 12 inciso XIII do anexo I, sendo também de meu conhecimento, que o procedimento de baixa é uma atribuição do profissional e que a responsabilidade técnica se encerrará somente após o protocolo e **deferimento do requerimento da baixa perante o CRF-PR**, e, que deverei apresentar em tempo hábil todos os documentos necessários ao procedimento.

Cidade: _____ Data _____ Mês: _____ Ano: _____
de _____ de _____ de _____

ETAPA 15: ASSINATURAS DOS PROFISSIONAIS

obs.: Procedimento para inserir assinatura digitalizado no documento – [CLIQUE AQUI](#)

Assinatura do profissionais abaixo deve a mesma que consta no documento pessoal enviado para requerer o serviço na ferramenta CRF-PR em Casa.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL REQUERENTE

ASSINATURA DO DIRETOR TÉCNICO

- **IMPORTANTE: Enviar junto com outros documentos, formulário e declaração para requerer o tipo de serviço requerido no formulário Requerimento, termo e quadro de horário para o estabelecimento farmácia com manipulação alopática, homeopática e/ou veterinária na ferramenta CRF-PR em Casa.**

ETAPA 16: Digitalização dos documentos

Nota: Formulários, deverão ser preenchidos digitalmente, e os documentos enviados como arquivo PDF no tamanho de até 5MB cada.

Digitalizar os documentos necessário, aqueles solicitado no site do CRF-PR no serviço Ingresso de Responsabilidade Técnica para farmácia com manipulação

- 1 Conforme o vínculo empregatício com farmacêutico abaixo, de acordo com a contratação:
 - 1.1 **Para Carteira de trabalho e Previdência Social (CTPS) as páginas de:**
 - 1.1.1 Identificação,
 - 1.1.2 Qualificação civil
 - 1.1.3 Registro do contrato preenchida e assinada pelo contratante;**OU**
 - 1.2 **Quando Servidor público:**
 - 1.2.1 Portaria ou Decreto de nomeação publicada em diário oficial;**OU**
 - 1.3 **Quando Sócio proprietário:**
 - 1.3.1 Contrato social ou alteração contratual arquivada na Junta Comercial do Paraná, com a inclusão do profissional na sociedade;**OU**
 - 1.4 **Quando Prestador de serviços:**
 - 1.4.1 Contrato de prestação de serviço entre as partes (se o contrato for por tempo determinado, a responsabilidade técnica ficará vinculada ao prazo do contrato, por isso, orientamos que seja de pelo menos 3 meses);**OU**



1.5 Quando Voluntário:

- 1.5.1 Termo de adesão de voluntariado. Somente para entidades públicas ou instituições privadas sem fins lucrativos, conforme Lei 13.297/2016;
- 2 Certidão Simplificada emitida pela Junta Comercial do Paraná caso não tenha sido apresentada nos últimos dois anos;
- 3 Contrato Social ou Alterações contratuais averbado na junta comercial que não tenha apresentado ao CRF-PR.
- 4 Documentos pessoais recente (Cédula Identidade Farmacêutica ou RG ou CNH) onde consta a mesma assinatura que foi posta nos requerimentos da empresa e no termo de compromisso, para anexar ao serviço requerido na ferramenta CRF-PR em CASA;
- 5 Formulário de Requerimento IRT Empresa - Farmácia Manipulação – preenchido;
- 6 Formulário Termo de Compromisso Profissional – Farmácia Manipulação – preenchidos e assinados;
- 7 Ficha de Avaliação de Farmácias de Manipulação – preenchido e assinado;
- 8 Termo e Declaração de Farmácia de Manipulação Alopática e Homeopática - caso faça manipulação mista (alopática e homeopática) – preenchido e assinados pelo diretores técnico de cada laboratório.

Obs.: Caso registro da empresa no CRF-PR deverá digitalizar o Cartão do CNPJ



ETAPA 17: PREENCHIMENTO DA FICHA DE AVALIAÇÃO PARA FARMÁCIAS DE MANIPULAÇÃO

obs.: somente para serviço de registro ou alteração e/ou inclusão do quadro de profissionais responsáveis técnicos

O farmacêutico deverá preencher a ficha abaixo e assinar. E enviar junto com outros documentos, formulário e declaração para requerer o tipo de serviço requerido no formulário Requerimento, termo e quadro de horário para o estabelecimento farmácia com manipulação alopática, homeopática e/ou veterinária na ferramenta CRF-PR em Casa.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ – CRF-PR
RUA PRESIDENTE RODRIGO OTÁVIO, 1296 – HUGO LANGE – CURITIBA – PR CEP 80040-452
Fone: (41) 3363-0234
E-mail: crfpr@crf-pr.org.br Sítio: www.crf-pr.org.br

FICHA DE AVALIAÇÃO PARA FARMÁCIAS DE MANIPULAÇÃO (Deliberação 679/06 CRF-PR)
Formulário PDF * obrigatório o preenchimento dos campos digitados

1. Dados da Empresa
Razão Social: _____ CNPJ: _____
Representante Legal: _____

2. DADOS DO FARMACÊUTICO:
Nome: _____ Nº no CRF-PR: _____
 FARMÁCIA FARMÁCIA BIOQUÍMICA FARMÁCIA INDUSTRIAL GENERALISTA
Instituição de Ensino: _____
Disciplina de Farmacotécnica Homeopática: Não Sim – Carga Horária: _____

2.2 ESTÁGIO NA FARMÁCIA HOMEOPÁTICA:
Razão Social: _____ CNPJ: _____
Diretor Técnico: _____ Nº no CRF-PR: _____
Carga Horária: _____

2.3 ESPECIALIZAÇÃO:
Instituição de Ensino: _____
Área de concentração: _____
Conclusão (mês/ano): _____ Mestrado Doutorado

Instituição de Ensino: _____
Área de concentração: _____
Conclusão (mês/ano): _____ Mestrado Doutorado

2.4 EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM MANIPULAÇÃO:
 Alopatia: _____
 Homeopatia: _____
Obs: _____

3. ATIVIDADES DA FARMÁCIA:
3.1. MANIPULAÇÃO:
 Homeopáticos Alopáticos Fitoterápicos Florais Dermatológicas Cosméticos
 Ortomolecular Outros _____

3.2. REVENDA:
 Homeopáticos Alopáticos Fitoterápicos Florais Ortomolecular Produtos naturais
 Alimentos integrais Linha diet Aromaterapia Livros técnicos

4. ÁREA PARA AS DIFERENTES ATIVIDADES ? Sim Não

Quais? _____

Cidade: _____ Data: _____ de _____ Mês: _____ de _____ Ano: _____

Assinatura do Farmacêutico: _____



ETAPA 18 - DECLARAÇÃO E TERMO DE CIÊNCIA DE FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO MISTA (ALOPÁTICA E HOMEOPÁTICA)

obs.: somente para serviço de registro ou alteração e/ou inclusão do quadro de profissionais responsáveis técnicos

Somente as farmácia que manipulam medicamento alopático e homeopático, onde o representante legal da empresa deverá preencher a declaração e termo de ciência abaixo, assinar e coletar as assinaturas dos farmacêuticos diretores. Enviar este documento digitalizado junto com outros documento e formulário para requerer o tipo de serviço requerido no formulário Requerimento, termo e quadro de horário para o estabelecimento farmácia com manipulação alopática, homeopática e/ou veterinária na ferramenta CRF-PR em Casa.



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

Formulário PDF, OBRIGATORIO o preenchimento dos campos digitados

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 : de de Ano:

Assinaturas:

DIRETOR TÉCNICO LABORATÓRIO DE HOMEOPATIA

DIRETOR TÉCNICO LABORATÓRIO DE ALOPATIA

Assinado Eletronicamente por CPF e Senha Pessoal



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ – CRF-PR
RUA PRESIDENTE RODRIGO OTÁVIO, 1296 – HUGO LANGE – CURITIBA – PR CEP 80040-452 –
fone: (41) 3363-0234

E-mail: crfpr@crf-pr.org.br

Sítio: www.crf-pr.org.br



ETAPA 19: MANTER ATUALIZADO O TELEFONE CELULAR, E-MAIL E ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA JUNTO A FERRAMENTA CRF-PR EM CASA. SERÁ UTILIZADO, CASO NECESSÁRIO, PARA CORREÇÃO DE DADOS OU DOCUMENTOS PARA REALIZAÇÃO DESTE SERVIÇO REQUERIDO.