

**REQUERIMENTO E DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS FARMACÊUTICOS
PARA CERTIDÃO DE ANOTAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL FARMACÊUTICA - AAPF**

Ilmo(a) Sr(a)

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

PREENCHER TODOS OS CAMPOS NECESSÁRIOS

Eu, _____ farmacêutico inscrito(a) no CRF/MT sob nº _____ CPF: _____ - _____

Venho através deste, **REQUERER CERTIDÃO DE ANOTAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL FARMACÊUTICA-AAPF**

Declaro que sou o(a) responsável pela elaboração, implantação e/ou consultoria em :

No estabelecimento abaixo relacionado:

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ: _____ / _____ - inscrita no CRF-MT sob o nº : _____

situada no endereço:

N.º:

Bairro:

Fone: () _____ -

CEP: _____ -

Cidade:

UF: **MT**

No horário abaixo discriminado:

DOMINGO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO
: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h
: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h

ÁREA DE ATUAÇÃO E/OU ATIVIDADE QUE SERÁ EXERCIDA

☐ 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) ☐ - Fio Lifting de Autosustentação (Res. CFF 645/2017) ☐ - Criolipólise (Res. CFF 616/2015) ☐ - Laserterapia Ablativa (Res. CFF 645/2017) ☐ - Agulhamento e Microagulhamento Estético (Res. CFF 616/2015)
☐ Práticas 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) ☐ - Floralterapia (Resolução CFF nº 611 /2015) ☐ - Medicina Tradicional Chinesa (Res. CFF 710/2010)
☐ PGRSS	☐ - Elaboração, Implantação, Execução, Treinamento e Gerenciamento
☐ Outras Áreas	☐ - (Citar a área)

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/MT por meio de Apostilamento de Curso.**DECLARO** ter conhecimento que deverei formalizar ao CRF/MT, 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.**DECLARO AINDA QUE:**☐ Não exerço outras atividades profissionais ou análoga, inclusive aulas;☐ Exerço atualmente outra(s) atividade(s) profissional(is) ou análoga(s) no(s) local(is) abaixo:»»»»» **SOMENTE PREENCHER - SE EXERCER OUTRA ATIVIDADE PROFISSIONAL OU ANÁLOGA** «««««

Tipo de Atividade:

Cargo:

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ: _____ / _____ - inscrita no CRF-MT sob o nº : _____

situada no endereço:

N.º:

Bairro:

Fone: () _____ -

CEP: _____ -

Cidade:

UF: _____

DOMINGO	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUARTA-FEIRA	QUINTA-FEIRA	SEXTA-FEIRA	SÁBADO
: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h
: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h	: h : h

Nestes termos, pede deferimento.

Data, / /