

REQUERIMENTO DE REGISTRO CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO – COM CNPJ

Ilmo(a) Sr(a)
Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

A empresa sob o CNPJ: . . / - tendo como representante legal :

Razão Social: Nome Fantasia:
Endereço: N.º: Bairro: Fone: () - CEP: -
Cidade: UF: MT Cap. Social: e-mail:
Tipo de estabelecimento, :

Que terá o seguinte horário de funcionamento:

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

Vem requerer registro nesse CRF-MT, por intermédio de seu representante legal, em cumprimento ao que determina a Lei 13.021/14; Resolução 577/2013, 14/2024, 721/2022, 720/2022 e Deliberação 008/2024. Vem com acatamento apresentar, ao exercício das respectivas funções, o(s) profissional(is) no(s) seu(s) respectivos cargos e horário(s) conforme abaixo discriminado:

Cargo: Inscrição CRF-MT: Nome:

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

Cargo: Inscrição CRF-MT: Nome:

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

Cargo: Inscrição CRF-MT: Nome:

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

Atividades a serem desenvolvidas no consultório farmacêutico

<input type="checkbox"/> Farmácia Clínica	<input type="checkbox"/> Atribuições clínicas do farmacêutico (Res. CFF 585/2013, 586/2013)
<input type="checkbox"/> Farmácia Estética	<input type="checkbox"/> Toxina Botulínica (Res. CFF 616/2015), <input type="checkbox"/> Preenchimentos Dérmicos (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Carboxiterapia (Res. CFF 6116/2015) <input type="checkbox"/> Intradermoterapia/ Mesoterapia (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Agulhamento e Microagulhamento Estético (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Criolipólise (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Fio lifting de autosustentação (Res. CFF 645/2017) <input type="checkbox"/> Laserterapia ablativa (Res. CFF 645/2017)
<input type="checkbox"/> Práticas Integrativas e Complementares	<input type="checkbox"/> Antroposofia (Res. CFF 465/2007) <input type="checkbox"/> Acupuntura (Res. CFF 516/2009); Homeopatia (Res. CFF 635/2016) <input type="checkbox"/> Ozonioterapia (Res. CFF 685/2020 e 695/2020)
<input type="checkbox"/> Outras Atividades	<input type="checkbox"/>

Fico ciente que:

- 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.
- 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 da solicitação da emissão da AAPF.
- Que deverei renovar anualmente a Certidão de Regularidade Técnica – (CRT).
- Em caso de encerramento das atividades, solicitarei a baixa de firma junto ao CRF, sob pena de continuar sendo cobrado o pagamento das anuidades.
- Deverei realizar a atualização dos dados cadastrais junto ao CRF-MT, quando houve qualquer alteração realizada no Contrato Social.

Nestes termos, pede deferimento.

Data, / /

Representante legal do estabelecimento