

FORMULÁRIO N° 30 (PARTE EMPRESA)

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos corretamente (com letra de forma ou legível). Tracejar todos os campos não utilizados.
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

REQUERIMENTO DE:

Assunção de Responsabilidade Técnica

Assunção de Farmacêutico Substituto

Alteração de Horário de Assistência

Renovação de Certidão de Regularidade

Renovação de Registro de Responsabilidade Técnica

Renovação de Registro de Farmacêutico Substituto

Dados do ESTABELECIMENTO:		CRF-PJ:	
Razão Social (Ente Público):		CNPJ:	
Razão Social (Gerente/Administrador/Terceiro/OS/Oscip):		CNPJ:	
Nome Fantasia:	Ramo de Atividade:		
Endereço:			
		Nº	Compl.:
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	E-mail:

DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF- SP

O proprietário/ representante legal, abaixo assinado, DECLARA 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" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que, o horário de funcionamento é:

ROTINA:

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SÁBADO		
DOMINGO		

PLANTÃO:

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SÁBADO		
DOMINGO		

Possui FOLGUISTA? SIM NÃO

OBS:

Recebimento do documento de regularidade por:

CORREIO/RESIDÊNCIA

CORREIO/ESTABELECIMENTO

RETIRAR SECCIONAL/SEDE

(DESCREVA QUAL: _____)

_____, de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do farmacêutico responsável e substituto (s):

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -
6 -

Assinatura do sócio / representante legal

Carimbo e /ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário