



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Instruções para o preenchimento do Formulário 11

O Formulário 11 tem como finalidade a solicitação de selos, destinados aos estabelecimentos.

FORMULÁRIO Nº 11

Nº
Func.

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos à caneta (com letra de forma ou legível) OU digitados.
- Não serão aceitos formulários **desconfigurados**, rasurados, nem digitados com complemento à caneta.

REQUERIMENTO DE SELOS

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

Campo de dados do PROFISSIONAL			
Profissional:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone: ()	Celular: ()	E-mail:	

Campo de dados do ESTABELECIMENTO			
Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Cep:	Fone: ()	E-mail:	

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Selo de Assistência Farmacêutica

Selo de Análises Clínicas e Toxicológicas

[]	
Nestes termos, peço deferimento.	
[] de [] de [] de []	
Cidade Dia Mês Ano	
Assinatura do farmacêutico / representante legal	Documentos conferidos por:
Carimbo e / ou nome legível	Assinatura do funcionário

Atualizado em 26/07/2013



Na parte superior do formulário há instruções em relação ao preenchimento do formulário e a parte de requerimento, ou seja, indica o procedimento solicitado perante o CRF:

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

Dados do PROFISSIONAL:

Nome: 1		Nº CRF-PF: 2	
Endereço: 3		Nº: 4	Compl. 5
Bairro: 6	Cidade: 7	Estado: 8	CEP: 9
Fone: 10	Cel. 11	E-mail: 12	

- 1 – Nome:** Preencher o nome completo do profissional farmacêutico;
- 2 – Nº CRF-PF:** Preencher o número de inscrição no CRF do profissional;
- 3 – Endereço:** Preencher o endereço residencial do profissional;
- 4 – Nº:** Preencher o número do endereço do profissional;
- 5 – Compl.:** Preencher o complemento do endereço, (apartamento, bloco, lote ou alguma outra informação). Se não houver, deixar em branco;
- 6 – Bairro:** Preencher o bairro do endereço residencial do profissional;
- 7 – Cidade:** Preencher a cidade do endereço residencial do profissional;
- 8 – Estado:** Preencher o Estado do endereço residencial do profissional;
- 9 – CEP:** Preencher o CEP do endereço residencial do profissional;
- 10 – Fone:** Preencher o número de telefone residencial do profissional;
- 11 – Celular:** Preencher o número de celular do profissional;
- 12 – E-mail:** Preencher o e-mail do profissional.

Campo de dados do ESTABELECIMENTO

Razão Social: 1		Nº CRF-PJ: 2	
Endereço: 3		Nº: 4	Compl. 5
Bairro: 6	Cidade: 7	Estado: 8	
Cep: 9	Fone: () 10	E-mail: 11	

A segunda parte deste formulário contém campos de dados do estabelecimento que está solicitando o procedimento.

- 1 – Razão Social:** Neste campo deve-se preencher a razão social do estabelecimento requerente, permitindo-se abreviações caso o espaço seja insuficiente.
- 2 – Nº CRF-PJ:** Este é o número de inscrição do estabelecimento no CRF. Tanto o número que consta no protocolo (7 dígitos), como o número que conta na CR/RRT/RFS (5 dígitos) podem ser preenchidos neste campo. Caso esteja em branco ou o número esteja errado, o próprio funcionário pode preencher a lápis para identificação. É o único campo que pode haver o preenchimento por parte do funcionário.



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

- 3 – Endereço:** Neste campo, deve estar preenchido o endereço (logradouro) do estabelecimento do requerente.
- 4 – Número:** É o número do endereço do estabelecimento requerente.
- 5 – Complemento:** É o complemento do endereço do estabelecimento requerente (Ex: loja 1; Bloco A, Box. 100). Caso não possua, deixar em branco.
- 6 – Bairro:** É o bairro do endereço do estabelecimento requerente.
- 7 – Cidade:** É a cidade do endereço do estabelecimento requerente.
- 8 – Estado:** É o Estado do endereço do estabelecimento requerente. Deve-se preencher a sigla do Estado, no caso dos estabelecimentos inscritos no CRF é “SP”.
- 9 – CEP:** É o CEP do estabelecimento requerente.
- 10 – Fone:** Neste campo, deve-se preencher o telefone fixo do estabelecimento. Caso não possua telefone fixo, deixar em branco.
- 11 – E-mail:** Neste campo, deve-se preencher o e-mail do estabelecimento. Caso não possua e-mail, deixar em branco.

Nesta parte do formulário o requerente discriminará o a sua solicitação, assinalando uma das opções.

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

- 1** Selo de Assistência Farmacêutica
- 2** Selo de Análises Clínicas e Toxicológicas

1 – Selo de Assistência Farmacêutica: O requerente assinala esta opção quando solicita o “Selo de Assistência Farmacêutica” que tem como finalidade a comprovação da regularidade do estabelecimento.

2 – Selo de Análises Clínicas e Toxicológicas: O requerente assinala esta opção quando solicita o “Selo de Análises Clínicas e Toxicológicas” que tem como finalidade a comprovação que há um farmacêutico presente neste tipo de estabelecimento.

Nestes termos, peço deferimento.

1		,		de		de	
	Cidade		Dia		Mês		Ano
2	Assinatura do farmacêutico / representante legal						
	Carimbo e / ou nome legível						
	Assinatura do funcionário						

Documentos conferidos por:						
3						



Nesta parte do formulário, deve-se colocar as assinaturas dos envolvidos no procedimento (farmacêuticos e representante legal), a data da assinatura e local e a assinatura do funcionário do CRF-SP que analisou o processo.

1 – Cidade e Data: Neste campo o requerente deve colocar a data do preenchimento do formulário e a cidade. Não são aceitos formulários em que a data seja futura à sua apresentação.

2 – Assinatura do farmacêutico/representante legal: É o campo onde o requerente deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

3 – Documentos conferidos por: Este campo deve ser assinado pelo funcionário do CRF que realizou a análise dos documentos referentes ao procedimento solicitado. Quando o funcionário assina o documento, ele atesta que a documentação apresentada está de acordo com os procedimentos do CRF.