

REGISTRO PARA ATUAR CLINICAMENTE NA FLORALTERAPIA

Este procedimento se aplica ao farmacêutico que solicita obter junto ao CRF-SP o registro para atuar clinicamente na floralterapia, nos termos da [Resolução CFF nº 611/2015](#).

Requisitos:

- Ter concluído curso de pós-graduação *lato sensu* na área reconhecido pelo Ministério da Educação, ou
- Ter concluído curso de pós-graduação *stricto sensu* na área avaliado pela Capes e reconhecido pelo Ministério da Educação, ou
- Ter concluído cursos livres na área, cujas cargas horárias totalizem, no mínimo, 180 (cento e oitenta) horas, ou
- Comprovar experiência de atuação na área por 02 (dois) anos ou mais, exercida até a **data limite de 03/06/2016**.

Documentos Necessários

Verifique os documentos necessários de acordo com a sua formação:

- **Curso de pós-graduação *lato sensu***

- 1) Certificado de conclusão de curso
- 2) Histórico escolar do curso

- **Curso de pós-graduação *stricto sensu***

- 1) Diploma de conclusão de curso
- 2) Histórico escolar do curso

Habilitação provisória: Caso o certificado/diploma ainda não tenha sido expedido, poderá solicitar o registro de habilitação provisória, apresentando declaração expedida há no máximo 6 meses pela Instituição de Ensino, em que conste a informação de conclusão de curso, acompanhada do histórico escolar. Se deferida, a validade da habilitação provisória é de 6 meses, prorrogável por seis meses, somente se o certificado/diploma ainda não tiver sido expedido e mediante apresentação de nova declaração.

- **Cursos livres**

- 1) Certificados de conclusão de cursos
- 2) Histórico escolar dos cursos

- **Comprovação de experiência**

Empregado: Declaração do empregador com razão social, número de CNPJ e endereço, contendo a função exercida, a descrição das atividades e o respectivo período (poderá apresentar comprovações de mais de um vínculo, desde que as datas não sejam simultâneas) - Se protocolado no [e-CAT](#), anexar apenas **declaração assinada eletronicamente**.

Proprietário: Contrato social da empresa ou requerimento de empresário e demais alterações contratuais (se sócio proprietário), alvará de funcionamento e declaração contendo a função exercida, a descrição das atividades e o respectivo período (original).

Sem vínculo empregatício: Termo de Consentimento Informado de, no mínimo, 10 pacientes, conforme modelo no anexo I da Res. CFF nº 611/2015, comprovando o exercício de, no mínimo, 2 anos.