



O profissional farmacêutico(a):

Nome:		CRF/RN:	
Naturalidade/UF		Nacionalidade/UF:	
CPF	RG	Órgão Expedidor:	
Endereço:		Bairro:	
Município:	UF	Cep	Fone residencial:
Fone celular:		E-mail pessoal:	

Vem requerer o cadastro do Consultório Farmacêutico pessoa física(sem C.N.P.J.):

Nome fantasia:		Município:	
Endereço:		Cep:	
Bairro:	Fone:	E-mail:	

Atividades a serem desenvolvidas no consultório farmacêutico:

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



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
- CRF/RN
CNPJ: 08.428.732/0001-99
Praça André de Albuquerque, 634, Cidade Alta, Natal/RN, Tel/Fax (84) 3221-1211/3222-0926
www.crfn.org.br



	<hr/> <hr/> <hr/>
--	-------------------

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/RN.

DECLARO ter conhecimento que deverei formalizar ao CRF/RN, 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.

Natal ___ / ___ / ___

Assinatura do farmacêutico e Número do CRF/RN