



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA
SEDE: Rua Borja Peregrino, 318, Centro, João Pessoa, CEP: 58013-342, Fone: (83) 3015-3555
SECCIONAL CAMPINA GRANDE: Rua Vice-Prefeito Antônio de Carvalho Souza, 450,
Sala 410, Estação Velha, Campina Grande, CEP 58410-050, Fone: (83) 3322-4424
SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, Nº 18, Cotton Shopping Center, Sala 06, Sousa.
CEP: 58800-000, Fone: (83) 3521-2216 CNPJ: 08.338.774/0001-39
Site: www.crfpb.org.br



CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO **PESSOA FÍSICA – PROFISSIONAL LIBERAL**

Documentos Obrigatórios:

- Impressos (Formulário para cadastro do consultorio farmacêutico) do CRF/PB preenchido corretamente e assinado;
- Cópia do alvará ou licença municipal de funcionamento do consultório.

Documento complementar:

- Comprovante de cadastro no município, do farmacêutico, como contribuinte de Imposto sobre Serviço (ISS);

OBS:

Para assumir responsabilidade é necessário que o profissional esteja em dia com o financeiro do CRF/PB.

Os documentos deverão ser enviados por e-mail crfpb@crfpb.org.br, devidamente assinados e legíveis (não será aceito documentos enviados por foto).

Após a aprovação do plenário, a certidão ficará disponível para impressão na plataforma do CRF EM CASA do profissional farmacêutico.



Solicitação de cadastro – Consultório Farmacêutico – Pessoa Física

Eu _____, farmacêutico(a)
inscrito(a) sob o número _____ CPF: _____,
solicito ao CRF/PB o cadastro de Consultório Farmacêutico:

Endereço do Consultório: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ - _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Atividade principal a ser desenvolvida no consultório farmacêutico (marcar apenas uma opção):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Farmácia Clínica | <input type="checkbox"/> Práticas Integrativas e Complementares |
| <input type="checkbox"/> Saúde Estética | <input type="checkbox"/> Ozonioterapia |
| <input type="checkbox"/> Acupuntura | |

Atividades, serviços e procedimentos que serão realizados nas clinicas ou consultório farmacêutico:

Declaro a veracidade das informações prestadas nos campos acima, cientes das conseqüências legais deste ato.

Declaro que para o exercício das atividades na qual é necessária a habilitação, deverei estar devidamente habilitado, de acordo com as legislações vigentes do Conselho Federal de Farmácia.

Declaro ter conhecimento que deverei formalizar ao CRF/PB, 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.

Assinatura do Farmacêutico

Local e data