



Formulário X Cadastro de Atividade Farmacêutica						____/____/____ Atendimento nº _____ Protocolo nº _____ PF/PJ _____ Local _____ Funcionário _____						
Dados do PROFISSIONAL						Nº do CRF-RS: _____						
Nome: _____						CPF: _____						
Dados do ESTABELECIMENTO						Nº do CRF-RS: _____						
Razão Social: _____						CNPJ: _____						
Endereço: _____						Nº: _____			Compl.: _____			
Bairro: _____			Município: _____									
REQUERIMENTO DE CADASTRO DE ATIVIDADE FARMACÊUTICA												
Dias	Horário de Funcionamento do ESTABELECIMENTO						Horário do FARMACÊUTICO					
	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
Segunda												
Terça												
Quarta												
Quinta												
Sexta												
Sábado												
Domingo												
<input type="checkbox"/> Atendimento Domiciliar (compromete-se com a guarda dos documentos por 5 anos) <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Acupuntura <input type="checkbox"/> Estética <input type="checkbox"/> Terapia Floral <input type="checkbox"/> Farmacêutico												
Localizado em (PARA CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO): <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Farmácia Comunitária <input type="checkbox"/> Unidades multiprofissionais de atenção à saúde <input type="checkbox"/> Instituições de Longa Permanência <input type="checkbox"/> Outros, especifique: _____												
Âmbito (PARA CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO): <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado Com as seguintes atividades: <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamentos não isentos de prescrição, mediante protocolo clínico, conforme a Res. CFF 586/2013 <input type="checkbox"/> Prescrição de medicamentos isentos de prescrição <input type="checkbox"/> Conciliação terapêutica e revisão da farmacoterapia <input type="checkbox"/> Determinação de parâmetros de bioquímicos e fisiológicos do paciente <input type="checkbox"/> Solicitação e avaliação de exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia. <input type="checkbox"/> Outros, especifique: _____												
Possui especialização (PARA CONSULTÓRIO): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual? _____												

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal do Estabelecimento

Assinatura do Farmacêutico

Obs.: a assinatura deverá ser autenticada em uma das seguintes modalidades: anexar cópia de documento de identidade oficial com foto (RG, CNH, etc.), autenticar em cartório ou apostar assinatura na presença de um atendente CRF-RS.

1/2



DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

<input type="checkbox"/>	Não exerço qualquer outra atividade além daquelas onde já consto na Certidão de Regularidade do CRF-RS.
<input type="checkbox"/>	Exerço atividade no(s) seguinte(s) local(is):
	Razão Social: _____
	Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
	Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
	Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
	Cargo/ Função: _____
	Horário de trabalho: _____

	Razão Social: _____
	Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
	Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
	Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
	Cargo/ Função: _____
	Horário de trabalho: _____

	Razão Social: _____
	Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
	Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
	Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
	Cargo/ Função: _____
	Horário de trabalho: _____

	Razão Social: _____
	Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
	Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
	Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
	Cargo/ Função: _____
	Horário de trabalho: _____

Forma de retirada da Certidão de Regularidade (assinalar uma das opções)		
<input type="checkbox"/>	Enviar por email	
<input type="checkbox"/>	Enviar via postal	
<input type="checkbox"/>	Enviar via postal (outro endereço)	Endereço: _____ Nº: _____
	Compl.: _____	Bairro: _____ Município: _____ CEP: _____
<input type="checkbox"/>	Encaminhar para retirada na:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sede (Porto Alegre)	<input type="checkbox"/> Seccional Caxias do Sul
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seccional Lajeado	<input type="checkbox"/> Seccional Pelotas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seccional Passo Fundo	<input type="checkbox"/> Seccional Uruguaiana
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seccional Santa Maria	<input type="checkbox"/> Seccional Santo Ângelo

Assinatura do Farmacêutico