



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Instruções para o preenchimento do Formulário 3

O Formulário 3 tem como finalidade a requisição para Inscrição ou Reativação de um estabelecimento no CRF-SP. A imagem foi dividida de acordo com o esquema de cores para facilitar o entendimento.

FORMULÁRIO Nº 03

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta. (apresentar sempre vias originais)

<input type="checkbox"/>	REQUERIMENTO PARA	<input type="checkbox"/>	REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	CADASTRO SIMPLIFICADO DE PESSOA JURÍDICA

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

Pelo presente venho requerer o que acima discrimino nos termos da Lei nº 3.820/60 e Lei nº 6.839/80:

Dados do ESTABELECIMENTO:		Nº CRF-PJ:	
Razão Social:			
Nome Fantasia:	CNPJ:		
Ramo de Atividade:			
Endereço:			
		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Cep:	Fone ()	Cel. ()	E-mail:

Assinalar o Ramo de Atividade:

<input type="checkbox"/>	Drogaria	<input type="checkbox"/>	Farmácia Hospitalar
<input type="checkbox"/>	Farmácia Manipulação Alopática	<input type="checkbox"/>	Farmácia Privativa
<input type="checkbox"/>	Farmácia Manipulação Homeopática	<input type="checkbox"/>	Laboratório de Análises Clínicas
<input type="checkbox"/>	Farmácia Manipulação Alopática e Homeopática	<input type="checkbox"/>	Farmácia Privativa de Unidade de Saúde
<input type="checkbox"/>	Indústria de Medicamentos		
<input type="checkbox"/>	Distribuidora (especificar):		
<input type="checkbox"/>	Indústria (especificar):		
<input type="checkbox"/>	Transportadora (especificar):		
<input type="checkbox"/>	Outros (especificar):		

Nestes termos, peço deferimento.

	,	de		de	
Cidade		Dia	Mês	Ano	

<input type="text"/>	Documentos conferidos por:
Assinatura do sócio / representante legal	<input type="text"/>
Carimbo e / ou nome legível	Assinatura do funcionário

Última Alteração em 11/11/2016



FORMULÁRIO Nº 03

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta. (apresentar sempre vias originais)

REQUERIMENTO PARA	<input type="checkbox"/>	REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO 1
	<input type="checkbox"/>	REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA 2
	<input type="checkbox"/>	CADASTRO SIMPLIFICADO DE PESSOA JURÍDICA 3

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:

1 – Reativação de Inscrição: O estabelecimento requerente que assinala esta opção tem como objetivo reativar uma inscrição que cancelada anteriormente. O estabelecimento receberá o mesmo número de registro possuía anteriormente.

2 – Registro de Pessoa Jurídica: Esta opção se aplica a empresas que exploram serviços profissionais farmacêuticos para inscrição no CRF-SP, exceto aquelas cuja atividade principal seja vinculada ao Conselho de Medicina, as quais deverão seguir os procedimentos de inscrição de empresa por cadastro simplificado.

3 – Cadastro Simplificado de Pessoa Jurídica: Esta opção se aplica a empresas que exploram serviços profissionais farmacêuticos para inscrição no CRF-SP, cuja atividade principal seja vinculada ao Conselho de Medicina, tais como, farmácia hospitalar, farmácia de unidade de saúde, farmácia ambulatorial, entre outras similares, após consulta ao CRF-SP.

Pelo presente venho requerer o que acima discrimino nos termos da Lei nº 3.820/60 e Lei nº 6.839/80:

Dados do ESTABELECIMENTO:		Nº CRF-PJ: 2	
Razão Social: 1			
Nome Fantasia: 3		CNPJ: 5	
Ramo de Atividade: 4			
Endereço: 6			
		Nº 7	Compl. 8
Bairro: 9	Cidade: 10	Estado: 11	
Cep: 12	Fone () 13	Cel. () 14	E-mail: 15

Esta segunda parte do formulário informa os 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. Se o estabelecimento estiver solicitando a reativação, deverá utilizar o número antigo. Caso seja uma empresa nova, este campo poderá ficar em branco.



- 3 – Nome Fantasia:** É o nome de “fachada” ou comercial do estabelecimento.
- 4 – Ramo de Atividade:** Neste campo deve constar o ramo de atividade do estabelecimento.
- 5 – CNPJ:** Neste campo deve ser preenchido o CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica) do estabelecimento requerente.
- 6 – Endereço:** Neste campo, deve estar preenchido o endereço (logradouro) do estabelecimento do requerente.
- 7 – Número:** É o número do endereço do estabelecimento requerente.
- 8 – Complemento:** É o complemento do endereço do estabelecimento requerente (Ex: loja 1; Bloco A, Box. 100). Caso não possua, deixar em branco.
- 9 – Bairro:** É o bairro do endereço do estabelecimento requerente.
- 10 – Cidade:** É a cidade do endereço do estabelecimento requerente.
- 11 – 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”.
- 12 – CEP:** É o CEP do estabelecimento requerente.
- 13 – Fone:** Neste campo, deve-se preencher o telefone fixo do estabelecimento, esse campo caso esteja em branco, não impedirá nenhum procedimento.
- 14 – Cel:** Neste campo, deve-se preencher o celular do estabelecimento. Caso não possua telefone celular, deixar em branco.
- 15 – E-mail:** Neste campo, deve-se preencher o e-mail do estabelecimento. Caso não possua e-mail, deixar em branco.

Assinalar o Ramo de Atividade:

- | | | | | | |
|----------|--------------------------|--|-----------|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Drogaria | 10 | <input type="checkbox"/> | Farmácia Hospitalar |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Farmácia Manipulação Alopática | 11 | <input type="checkbox"/> | Farmácia Privativa |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Farmácia Manipulação Homeopática | 12 | <input type="checkbox"/> | Laboratório de Análises Clínicas |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Farmácia Manipulação Alopática e Homeopática | 13 | <input type="checkbox"/> | Farmácia Privativa de Unidade de Saúde |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Indústria de Medicamentos | | | |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Distribuidora (especificar): | | | <input type="text"/> |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Indústria (especificar): | | | <input type="text"/> |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Transportadora (especificar): | | | <input type="text"/> |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Outros (especificar): | | | <input type="text"/> |

- 1 – Drogaria:** Se estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais.
- 2 – Farmácia de Manipulação Alopática:** Se estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais alopáticas, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo sua dispensação.



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

3 – Farmácia de Manipulação Homeopática: Se estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais homeopáticas, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo sua dispensação. Este estabelecimento deve contar com farmacêutico devidamente habilitado para realizar a manipulação homeopática, nos termos previstos pelo Conselho Federal de Farmácia.

4 – Farmácia de Manipulação Alopática e Homeopática: Se estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais alopáticas e homeopáticas, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo sua dispensação. Este estabelecimento deve contar com farmacêutico devidamente habilitado para realizar a manipulação homeopática, nos termos previstos pelo Conselho Federal de Farmácia.

5 – Indústria de Medicamentos: Se estabelecimento que execute qualquer operação de industrialização de medicamentos em suas embalagens originais.

6 – Distribuidora (especificar): Se estabelecimento que exerça, direta ou indiretamente, o comércio atacadista de drogas, medicamentos em suas embalagens originais, insumos farmacêuticos correlatos e outros produtos. No espaço ao lado deve-se especificar o(s) produto(s) distribuído(s).

7 – Indústria (especificar): Se estabelecimento que execute qualquer operação de industrialização de insumos farmacêuticos, correlatos e outros produtos, exceto medicamentos. No espaço ao lado deve-se especificar o(s) produto(s) fabricado(s).

8 – Transportadora (especificar): Se empresa que exerça o transporte terrestre, aéreo, ferroviário, fluvial e marítimo de drogas, medicamentos em suas embalagens originais, insumos farmacêuticos, correlatos e outros produtos. No espaço ao lado deve-se especificar o(s) produto(s) transportados(s).

9 – Outros (especificar): Qualquer outra atividade que não está contemplada nas demais opções. No espaço ao lado, descreve-la.

10 – Farmácia Hospitalar: Se unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente. A farmácia privativa de unidade hospitalar destina-se exclusivamente ao atendimento de seus usuários.

11 – Farmácia Privativa: Se farmácia de dispensação de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, que não realiza a manipulação de medicamentos a partir de insumos farmacêuticos, localizada e vinculada a outro estabelecimento, destinada exclusivamente ao atendimento de seus usuários.

12 – Laboratório de Análises Clínicas: Se estabelecimento destinado à coleta ou processamento de material biológico visando a realização de exames e testes laboratoriais, que podem funcionar em sedes próprias ou, ainda, no interior ou anexados a estabelecimentos assistenciais de saúde sob responsabilidade médica dotados de maior complexidade estrutural e tecnológica, cujos ambientes e áreas específicas obrigatoriamente devem constituir conjuntos individualizados dos pontos de vista físico e funcional.



13 – Farmácia Privativa de Unidade de Saúde: farmácia pública vinculada à uma Unidade de Saúde, com dispensação de medicamentos a população.

Nestes termos, peço deferimento.

1	_____			
	Cidade	_____ de	_____ de	Ano
		Dia	Mês	

2	_____	3
	Assinatura do sócio / representante legal	

	Carimbo e / ou nome legível	Assinatura do funcionário

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 sócio/ representante legal: É o campo onde o sócio ou o representante legal da empresa 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.