



# FORMULÁRIO Nº 15 – parte Empresa

Todos os campos devem ser preenchidos com os dados atualizados, de forma legível e sem rasuras.



**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

## REQUERIMENTO DE:

- Assunção de Responsabilidade Técnica  Alteração de Horário  
 Assunção de Farmacêutico Substituto  Certidão de Regularidade  
 Assunção de Farmacêutico Substituto Eventual

## Dados do ESTABELECIMENTO:

Nº CRF-PJ:

Razão Social:			
Nome Fantasia:		CNPJ:	
Ramo de Atividade:			
Endereço:			
		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado: SP
CEP:	Fone	Cel.	E-mail:

## PREENCHER EM CASO DE UNIDADES PÚBLICAS COM GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES SOCIAIS:

Razão Social (Gerente/Administrador/Terceiro/OS/Oscip):		CNPJ:
---	--	-------

Se Farmácia, manipula:  Alopátia  Homeopatia

Caso o estabelecimento manipule apenas alopátia e passe a manipular fórmulas homeopáticas, o (s) farmacêutico (s) e representante legal abaixo assinado, comprometem-se a comunicar ao CRF-SP, bem como comprovar a habilitação do profissional de acordo com as Resoluções do CFF.

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

O proprietário/ representante legal, abaixo assinado, DECLARA 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" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que, o horário de funcionamento do estabelecimento é:

### ROTINA:

SEGUNDA  
TERÇA  
QUARTA  
QUINTA  
SEXTA  
SÁBADO  
DOMINGO

Horário de Abertura	Horário de Fechamento

### PLANTÃO:

SEGUNDA  
TERÇA  
QUARTA  
QUINTA  
SEXTA  
SÁBADO  
DOMINGO

Horário de Abertura	Horário de Fechamento

OBS:

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Cidade Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sócio/Representante legal

\_\_\_\_\_  
Carimbo ou nome legível

Documentos conferidos por:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário