



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MINAS GERAIS - CRF/MG

Solicitação de cadastro – Consultório Farmacêutico – Pessoa Física

Eu _____, farmacêutico(a)

inscrito(a) sob o número _____ CPF: _____,

solicito ao CRF/MG 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):

- Farmácia Clínica Práticas Integrativas e Complementares
- Saúde Estética
- Acupuntura
- Ozinoterapia

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 CRFMG, 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

Sede

Rua Urucuia, 48 - Floresta | CEP 30150-060 | Belo Horizonte - MG
Telefone: (31) 3218 1000 | www.crfmg.org.br

