

REQUERIMENTO DE REGISTRO CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO – SEM CNPJIlmo(a) Sr(a)
Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT**O profissional farmacêutico (a)**Nome: _____ CPF: _____ - CRF-MT sob n.º _____
Endereço: _____ N.º: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ estado de: _____ CEP: _____
Telefone: () _____ - E-mail: _____**Vem requerer o cadastro do Consultório Farmacêutico pessoa física (sem CNPJ):**Nome Fantasia: _____
Endereço: _____ N.º: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ UF: MT CEP: _____
Telefone: () _____ - e-mail: _____**Que terá o seguinte horário de funcionamento:**

| DOMINGO | | SEGUNDA-FEIRA | | TERÇA-FEIRA | | QUARTA-FEIRA | | QUINTA-FEIRA | | SEXTA-FEIRA | | SÁBADO | |
|---------|-----|---------------|-----|-------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|-------------|-----|--------|-----|
| : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h |
| : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h |

Vem requerer registro nesse **CRF-MT**, por intermédio de seu representante legal, em cumprimento ao que determina a Lei 13.021/14; Resolução 577/2013, 14/2024, 721/2022, 720/2022 e Deliberação 008/2024. Vem com acatamento apresentar, ao exercício das respectiva função o profissional no seu respectivo cargo e horário conforme abaixo discriminado:

Cargo: _____ Inscrição CRF-MT: _____ Nome: _____

| DOMINGO | | SEGUNDA-FEIRA | | TERÇA-FEIRA | | QUARTA-FEIRA | | QUINTA-FEIRA | | SEXTA-FEIRA | | SÁBADO | |
|---------|-----|---------------|-----|-------------|-----|--------------|-----|--------------|-----|-------------|-----|--------|-----|
| : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h |
| : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h | : h |

Atividades a serem desenvolvidas no consultório farmacêutico

| | |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Farmácia Clínica | <input type="checkbox"/> Atribuições clínicas do farmacêutico (Res. CFF 585/2013, 586/2013) |
| <input type="checkbox"/> Farmácia Estética | <input type="checkbox"/> Toxina Botulínica (Res. CFF 616/2015), <input type="checkbox"/> Preenchimentos Dérmicos (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Carboxiterapia (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Intradermoterapia/ Mesoterapia (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Agulhamento e Microagulhamento Estético (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Criolipólise (Res. CFF 616/2015) <input type="checkbox"/> Fio lifting de autosustentação (Res. CFF 645/2017) <input type="checkbox"/> Laserterapia ablativa (Res. CFF 645/2017) |
| <input type="checkbox"/> Práticas Integrativas e Complementares | <input type="checkbox"/> Antroposofia (Res. CFF 465/2007) <input type="checkbox"/> Acupuntura (Res. CFF 516/2009); Homeopatia (Res. CFF 635/2016) <input type="checkbox"/> Ozonioterapia (Res. CFF 685/2020 e 695/2020) |
| <input type="checkbox"/> Outras Atividades | <input type="checkbox"/> |

Fico ciente que:

- 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” previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.
- Para o exercício de atividade na qual seja necessária respectiva habilitação, deverei estar devidamente habilitado, de acordo com as legislações vigentes do Conselho Federal de Farmácia, com aptidão reconhecida pelo CRF/MT por meio da solicitação da emissão da AAPF.
- Que deverei renovar anualmente a Certidão de Regularidade Técnica – (CRT).
- Em caso de encerramento das atividades, solicitarei a baixa de firma junto ao CRF, sob pena de continuar sendo cobrado o pagamento das anuidades.
- Deverei realizar a atualização dos dados cadastrais junto ao CRF-MT, quando houve qualquer alteração realizada no Contrato Social. Nestes termos, pede deferimento.

Nestes termos, pede deferimento.

Data, / /

Representante legal do estabelecimento