



REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA

Inscrição CRF/SE: _____

REQUERIMENTO DE:

Registro de Estabelecimento

Alteração do horário de funcionamento

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Sergipe – CRF/SE, pelo presente venho requerer o que abaixo discrimino nos termos da Lei nº 3.820/60 e Lei nº 6.839/80:

Dados do ESTABELECIMENTO:

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

DECLARAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO ACIMA DESCRITO

	Horário de abertura	Horário de Intervalo	Horário de Fechamento
SEGUNDA			
TERÇA			
QUARTA			
QUINTA			
SEXTA			
SÁBADO			
DOMINGO			

Assinalar o Ramo de Atividade:

- Drogeria/Farmácia Farmácia Hospitalar Farmácia Manipulação Laboratório de Análises Clínicas
 Indústria de Medicamentos Distribuidora Transportadora Consultório Farmacêutico (descrever atividades): _____
 Posto de Medicamentos Outros: _____

() SIM () NÃO - Neste ato, e para todos os efeitos específicos neste requerimento declaro, como TITULAR, estar ciente e de acordo em disponibilizar e autorizar o CRF/SE, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/SE decorrem de uma obrigação legal prevista na Resolução CFF nº 638/2017 ou aquela que vier substituir, Lei nº 3820/1960 e artigos 5º inciso IV; 7º inciso II; 9º e 18º, todos os incisos, e 23º inciso I, todos da Lei 13709/2018 (lei Geral de Proteção de Dados-LGPD). Declaro, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeita-me a ação criminal, pelo cometimento de crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no artigo 23, Inciso IV, do Código de Ética Profissional, bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/SE sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Neste termos, pede deferimento.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SERGIPE

Aracaju/SE _____ de _____ de 20_____.

NOME LEGÍVEL OU RUBRICA COM CARIMBO DO SÓCIO/ REP. LEGAL