



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA
SETOR DE CADASTRO

FORMULÁRIO OFICIAL

<input type="checkbox"/>	Pessoa física
<input type="checkbox"/>	Pessoa jurídica

Requerimento Consultório Farmacêutico

SEGUIR INSTRUÇÕES

- A documentação só será aceita com todos os campos devidamente preenchidos (preencher em letra de forma ou legível) e sem rasuras

Nº do Registro _____

Sr. Presidente do CRF- BA – Conselho Regional de Farmácia da Bahia

Venho requerer registro de consultório farmacêutico, nos termos da Resolução 720 de 24/02/2022 do CFF:

Razão Social/Nome Completo:		
Título de Estabelecimento:		
CNPJ/CPF:	Inscrição estadual/municipal:	
Endereço:	Bairro:	
Cidade:	CEP:	Ponto de referência:
Tel.:()	e-mail:	
Atividades pleiteadas:		
<input type="checkbox"/> Consulta Farmacêutica	<input type="checkbox"/> Atenção farmacêutica domiciliar	<input type="checkbox"/> Detecção de doenças por testes rápidos (rastreamento)
<input type="checkbox"/> Prescrição farmacêutica	<input type="checkbox"/> Administração de medicamentos	<input type="checkbox"/> Determinação de parâmetros antropométricos (bioimpedância)
<input type="checkbox"/> Educação em saúde	<input type="checkbox"/> Verificação temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Determinação de parâmetros fisiológicos (testes de rastreamento)
<input type="checkbox"/> Gestão da condição de saúde	<input type="checkbox"/> Verificação de glicemia capilar por autoteste	<input type="checkbox"/> Determinação de parâmetros bioquímicos (testes de rastreamento)
<input type="checkbox"/> Acompanhamento farmacoterapêutico	<input type="checkbox"/> Verificação de pressão arterial	<input type="checkbox"/> Telefarmácia (anexar a declaração de serviços)
<input type="checkbox"/> Manejo de problema de saúde autolimitado	<input type="checkbox"/> Perfuração de lóbulo auricular com colocação de brinco	<input type="checkbox"/> Análise capilar para fins estéticos
<input type="checkbox"/> Conciliação de medicamentos	<input type="checkbox"/> Aplicação de vacinas	<input type="checkbox"/> Atividades de estética (especificar no campo observações e anexar declaração)
<input type="checkbox"/> Monitorização terapêutica	<input type="checkbox"/> Realização de curativos de pequeno porte	
<input type="checkbox"/> Revisão da farmacoterapia	<input type="checkbox"/> Práticas integrativas e complementares (especificar no campo observações)	
Observações:		
Capital Social: _____ Sócio/Proprietário: _____		
CPF: _____	Telefone: _____	e-mail: _____
Endereço		Cep: _____
Dias e Horário de funcionamento do estabelecimento:		
Segunda a Sexta: Das ____ às ____ e das ____ às ____ . // Sábado: Das ____ às ____ e das ____ às ____ .		
Domingo: Das ____ às ____ e das ____ às ____ .		
Caso seja registro preencher os campos abaixo:		
Diretor Técnico:	CRF-BA: _____	
Assistente Técnico:	CRF-BA: _____	
Assistente Técnico:	CRF-BA: _____	
Assistente Técnico:	CRF-BA: _____	
_____ de _____ de _____		
Proprietário		Farmacêutico