



## DECLARAÇÃO DE ESTRUTURA HOSPITALAR E DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA VINCULADA

**Instituição:**

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

**Horário de Funcionamento da Farmácia:**

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

**Tipo do estabelecimento:**

( ) Clínica – Especialidade \_\_\_\_\_

( ) Estabelecimento de atendimento pré-hospitalar

( ) Estabelecimento de atendimento pós-hospitalar

( ) Hospital - ( ) Geral / ( ) Especializado \_\_\_\_\_

( ) Unidade de Pronto Atendimento (UPA)

Número de Leitos Ativos conforme CNES (<http://cnes2.datasus.gov.br/>): \_\_\_\_\_



Procedimentos de alta complexidade e/ou criticidade atendidos:

- ( ) Assistência Cardiovascular ( ) Serviço de Hemodiálise  
( ) Assistência a Queimados ( ) Transplantes em Geral  
( ) Cirurgias de alta complexidade e/ou criticidade ( ) Oncologia  
( ) Unidade de Terapia Intensiva em geral. Nº leitos \_\_\_\_\_  
( ) Pronto Socorro. Nº leitos \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO

Declaramos que temos conhecimento de que a omissão da informação ou declaração falsa no presente documento poderá sujeitar à ação criminal por “Falsidade Ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de falta ética ao farmacêutico, conforme disposto no artigo 18 inciso II do Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

....., ..... de ..... de .....

\_\_\_\_\_  
Representante legal

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico (a) responsável