



## DECLARAÇÃO DE FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados

Como representante legal da empresa,

PROCESSO Nº:

Nome:  CPF:

e Diretor Técnico  nº CRF-PR

do estabelecimento, sob razão social  com o  
 CNPJ , com sede no endereço Rua/AV.

Bairro:  Cidade:

**DECLARAMOS**, a fim de comprovar as exigências da **Lei 5.991/73 e da Resolução 440/05 do Conselho Federal de Farmácia**, que:

**O Laboratório de Manipulação Alopática** funciona:

sob responsabilidade técnica do(s) profissional(is) com o nº do CRF-PR :

**O Laboratório de Manipulação Homeopática** funciona:

sob responsabilidade técnica do(s) profissional(is) com o nº do CRF-PR :

**Temos ciência que a declaração falsa no presente documento ou o não cumprimento de seus termos implicará na tomada de providências por parte do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná, seja pela adoção de medidas de sua competência, dentre elas a instauração de procedimento disciplinar e a retenção da Certidão de Regularidade ou seu cancelamento, como também a comunicação a outras entidades da administração para providências além do alcance das atribuições do CRF/PR, com base no artigo 10, alínea “c” da Lei 3.820/60, sem prejuízo de outras medidas, judiciais ou administrativas, cíveis ou criminais, ou ainda quando da constatação de outras irregularidades por parte do serviço de fiscalização deste CRF/PR.**

Cidade:  Data :  de  Mês:  de  Ano:

Assinatura:

Representante legal:.....

Diretor técnico pelo laboratório de alopacia .....

Diretor técnico pelo laboratório de homeopatia .....



## TERMO DE CIÊNCIA DE FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO

Nome:  Representante legal com CPF   
e Diretor Técnico , nº CRF-PR:   
do estabelecimento, sob a razão social ,  
CNPJ: , com sede no endereço Rua/AV.   
Bairro:  Cidade:

**DECLARAMOS** que o estabelecimento atende o disposto na legislação vigente, possuindo áreas específicas e segregadas para a manipulação de alopátia e homeopátia e estamos cientes de que a tramitação do procedimento de registro do estabelecimento e/ou ingresso do profissional somente será levada a apreciação do Plenário deste CRF/PR após o encaminhamento de documento específico emitido pela Vigilância Sanitária Municipal comprovando que o estabelecimento está regular, ou seja, possui estrutura física adequada para manipulação de alopátia e homeopátia.

Cidade:  de  de  de

**Assinatura:**

**Representante Legal/sócio gerente:**.....

**Diretor técnico:**.....