



Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados  
**DECLARAÇÃO DE ESTRUTURA HOSPITALAR E DE  
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA VINCULADA**

Dados da Instituição:

PROCESSO Nº:

Razão Social:

Fantasia:  CNPJ:

Cidade:

Horário de funcionamento da Farmácia:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início: <input type="text"/>						
Fim : <input type="text"/>						
Início: <input type="text"/>						
Fim : <input type="text"/>						

Tipo de Estabelecimento:

- Clínica Especialidade:
- Estabelecimento de atendimento pré-hospitalar
- Estabelecimento de atendimento pós-hospitalar
- Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
- Hospital  Geral  Especializado em:
- ou

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

Procedimentos de alta complexidade e/ou criticidade atendidos:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistência Cardiovascular   | <input type="checkbox"/> Serviço de Hemodiálise                          |
| <input type="checkbox"/> Assistência a Queimados  | <input type="checkbox"/> Transplantes em Geral                           |
| <input type="checkbox"/> Cirurgias de alta complexidade e/ou criticidade                        | <input type="checkbox"/> Oncologia                                       |
| <input type="checkbox"/> Unidade de Terapia Intensiva em geral. Nº leitos: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pronto Socorro. Nº leitos: <input type="text"/> |

**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.

Cidade:  Data de  Mês de  Ano: de

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL