



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Cat.	Processo
Nº Protocolo	
Data	
Funcionário	

Formulário 9

Ilmo(a) Sr(a) Presidente
Do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro – CRF-RJ

Solicitação de cadastro – Consultório Farmacêutico – Pessoa Física

Eu _____, farmacêutico(a)
inscrito(a) sob o número _____ CPF: _____,

solicito ao CRF/RJ o cadastro de Consultório Farmacêutico:

Endereço do Consultório: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ - _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Atividade principal a ser desenvolvida no consultório farmacêutico (marcar apenas uma opção):

- Farmácia Clínica Práticas Integrativas e Complementares
 Saúde Estética Ozonioterapia
 Acupuntura Outros _____

Declaro a veracidade das informações prestadas nos campos acima, cientes das conseqüências legais deste ato.

Declaro que para o exercício das atividades na qual é necessária a habilitação, deverei estar devidamente habilitado, de acordo com as legislações vigentes do Conselho Federal de Farmácia.

Declaro ter conhecimento que deverei formalizar ao CRFRJ, o fim da atividade do presente estabelecimento, sob pena de responsabilização profissional de acordo com que dispõe a Lei Federal 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia.

Rio de Janeiro, _____

Assinatura do Farmacêutico

Neste ato, e para todos os efeitos específicos neste requerimento declaro, como TITULAR, estar ciente e de acordo em disponibilizar e autorizar o CRF/RJ, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/RJ 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). O período de armazenamento e eliminação observarão os dispositivos na Portaria nº 1331/2021, disponível no Portal da Transparência - Atos Normativos