



FORMULÁRIO Nº 07



REQUERIMENTO DE AVERBAÇÃO DE CERTIFICADOS, REGISTRO DE TÍTULOS E PARA ATUAÇÃO EM ÁREAS ESPECÍFICAS

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Declaro, sob as penas da lei, que os dados abaixo são verdadeiros. Declaro, ainda, estar em pleno gozo da minha capacidade civil, bem como, ter bons antecedentes e gozar de boa reputação por minha conduta pública (Lei nº 6868, 03/12/1980).

Nome:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	
E-mail:			

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

- Registro de título de especialista profissional farmacêutico (concurso de título), mestre ou doutor/ Averbação de certificado de pós-graduação (lato sensu/residência) ou curso livre;
- Registro para atuação em áreas/atividades específicas regulamentadas por Resoluções do CFF:
 - Exercer atividades de preparo dos antineoplásicos e demais medicamentos na oncologia
 - Exercer atividades de preparo dos radiofármacos
 - Exercer as atividades de citopatologia ou citologia clínica
 - Prestar serviço de vacinação
 - Atuar clinicamente na floralterapia
 - Atuar nas áreas de acupuntura, ozonioterapia, perfusão sanguínea ou saúde estética
 - Atuar como responsável técnico ou farmacêutico substituto de farmácia ou laboratório industrial homeopático que manipule ou industrialize os medicamentos e insumos homeopáticos
 - Prescrever medicamentos sujeitos à obrigatoriedade de prescrição emitida por profissional habilitado (medicamentos tarjados)
 - Atuar em PICS no âmbito da Auriculoterapia/Auriculoacupuntura ou Hipnoterapia
 - Atuar na área de Tricologia.

_____	,	de	de	
Cidade		Dia	Mês	Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário