



FICHA DE AVALIAÇÃO PARA FARMÁCIAS DE MANIPULAÇÃO (Deliberação 679/06 CRF-PR)
Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados *Campos de preenchimento obrigatório

1. Dados da Empresa

Razão Social*: CNPJ*:

Representante Legal *:

2. DADOS DO FARMACÊUTICO:

Nome*: Nº no CRF-PR:

2.1 GRADUAÇÃO:

FARMÁCIA FARMÁCIA BIOQUÍMICA FARMÁCIA INDUSTRIAL GENERALISTA

Instituição de Ensino:

Disciplina de Farmacotécnica Homeopática: Não Sim – Carga Horária:

2.2 ESTÁGIO NA FARMÁCIA HOMEOPÁTICA:

Razão Social: CNPJ:

Diretor Técnico: Nº no CRF-PR:

Carga Horária:

2.3 ESPECIALIZAÇÃO:

Instituição de Ensino:

Área de concentração:

Conclusão (mês/ano): Mestrado Doutorado

Instituição de Ensino:

Área de concentração:

Conclusão (mês/ano): Mestrado Doutorado

2.4 EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL COM MANIPULAÇÃO:

Alopátia:

Homeopatia:

Obs:

3. ATIVIDADES DA FARMÁCIA:

3.1.MANIPULAÇÃO:

Homeopáticos Alopáticos Fitoterápicos Florais Dermatológicas Cosméticos Ortomolecular
 Outros

3.2. REVENDA:

Homeopáticos Alopáticos Fitoterápicos Florais Ortomolecular Produtos naturais
 Alimentos integrais Linha diet Aromaterapia Livros técnicos

4. ÁREA PARA AS DIFERENTES ATIVIDADES ? Sim Não

Quais?

Cidade: Data: Mês: Ano:

Assinatura do Farmacêutico: _____