



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ - CRF PA
AV. JOSÉ BONIFÁCIO 295 – FÁTIMA | CEP: 66090-363 BELEM – PARÁ
TELEFONE: (91) 3249-3005 | (91) 3239-9500 | crfpa@crfpa.org.br

**Atenção: Todos os campos devem ser preenchidos (letra de forma ou legível)
e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e completados à caneta**

AAPF - ANOTAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL FARMACÊUTICA

Dados do Profissional:

Nome: _____ N°CRF: _____

Dados do Estabelecimento:

Razão Social: _____ N°CRF: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço: _____ N° _____

Complemento: _____

CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Solicita emissão de AAPF declarando que possui habilitação profissional para desenvolver atividades previstas nas Resoluções:

- Resolução CFF nº 415/04 gerenciamento de resíduos.
- Resolução CFF nº 572/13 dispõe sobre a regulamentação das especialidades farmacêuticas, por linhas de atuação.
- Resolução CFF nº 463/07 controle qualidade de água.
- Resolução CFF nº 481/08 meio ambiente, etc...
- Resolução CFF nº 507/2009: Institui a Anotação de Atividade Profissional do Farmacêutico (AAPF).

Declaro para os devidos fins que desenvolvo as seguintes atividades

Neste ato, e para todos os efeitos específicos neste requerimento declaro, como TITULAR, estar ciente e de acordo em disponibilizar e autorizar o CRF/PA, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/PA decorrem de uma obrigação legal prevista na Resolução CFF nº 14/2024 ou aquela que vier substituir, Lei nº 3820/1960 e artigos 5º inciso IV; 7º inciso II; 9º; 18º e 23º inciso I, todos da Lei 13709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados-LGPD).

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional

Documentos Conferidos

Assinatura do(a) funcionário(a) CRF