



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA

SEDE: Rua Diogo Velho, 06 – João Pessoa, Centro – CEP: 58013-110

Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br

SECCIONAL C. GRANDE: Av. Mal. Floriano Peixoto, 53 – loja 01 – Centro

Campina Grande – Fone: (83) 3341-2906 – FAX (83) 2102-3764

SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18 Cotton Shopping – Sl. 06
Centro Sousa - Tel/Fax (83) 3521-2216



DADOS INDIVIDUAIS DO FARMACÊUTICO:

Nome: _____

Função: _____

Tempo de serviço em Farmácia Hospitalar: _____

	Graduação	Aperfeiçoamento	Especialização	Mestrado	Doutorado
Instituição					
Área de Concentração					
Ano de Conclusão					

Atividades atualmente desenvolvidas pelo Serviço de Farmácia são:

<input type="checkbox"/> Seleção de fornecedores	<input type="checkbox"/> Manipulação de Germicidas
<input type="checkbox"/> Gestão de estoque	<input type="checkbox"/> Preparo de Mistura Intravenosa
<input type="checkbox"/> Distribuição	<input type="checkbox"/> Preparo de Nutrição Parenteral
<input type="checkbox"/> Fracionamento de Medicamentos	<input type="checkbox"/> Farmacovigilância
<input type="checkbox"/> Farmacotécnica	<input type="checkbox"/> Farmácia satélite
<input type="checkbox"/> Pesquisa Clínica	<input type="checkbox"/> Farmácia ambulatorial
<input type="checkbox"/> Manipulação de Antineoplásicos	
Participação em Comissões:	Sistema de Dispensação:
<input type="checkbox"/> Comissão de Farmácia e Terapêutica	<input type="checkbox"/> Coletivo
<input type="checkbox"/> Comissão de Controle de Infecção Hospitalar	<input type="checkbox"/> Individualizado
<input type="checkbox"/> Comissão de Licitação e Parecer Técnico	<input type="checkbox"/> Dose Unitária
<input type="checkbox"/> Comissão de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	<input type="checkbox"/> Misto. Qual? _____
<input type="checkbox"/> Comissão Interna de Prevenção de Acidentes.	<input type="checkbox"/> Núcleo de Segurança do Paciente
<input type="checkbox"/> Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos	<input type="checkbox"/> Armário de urgência
<input type="checkbox"/> Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional	<input type="checkbox"/> Kits Cirúrgicos
<input type="checkbox"/> Carros de parada - Quantidade: _____	



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA PARAÍBA
SEDE: Rua Diogo Velho, 06 – João Pessoa, Centro – CEP: 58013-110
Fone: (83) 3015-3555 – Site: www.crfpb.org.br
SECCIONAL C. GRANDE: Av. Mal. Floriano Peixoto, 53 – loja 01 – Centro
Campina Grande – Fone: (83) 3341-2906 – FAX (83) 2102-3764
SECCIONAL SOUSA: Rua Manoel Gadelha Filho, nº 18 Cotton Shopping – Sl. 06
Centro Sousa - Tel/Fax (83) 3521-2216



Eu,....., tenho conhecimento de que a omissão da informação ou declaração falsa no presente documento, poderá me sujeitar à ação criminal por “Falsidade Ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de falta ética, conforme disposto no artigo 18 inciso II do Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

Declaro ainda que tenho ciência teor da Deliberação Nº e que serei fiscalizado(a) de acordo com a Ficha de Verificação do Exercício Profissional (FVEP).

_____, _____ de _____ de _____

Farmacêutico (a) responsável

Diretor do hospital