



Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

Rua Capote Valente, 487 - Jardim América - São Paulo - SP - CEP 05409-001 - Tel: (11) 3067-1450 Fax: (11) 3064-8973 - www.crfsp.org.br



Registro de Farmacêutico Substituto

O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO- CRF-SP, À VISTA DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA, CONCEDE O PRESENTE A Dr.(a) **ALINE INHESTA COUTINHO** INSCRITO(A) NO CRF-SP SOB O Nº **29945** NA CATEGORIA DE **FARMACEUTICO** CERTIFICANDO QUE O(A) PROFISSIONAL É FARMACÊUTICO SUBSTITUTO DO ESTABELECIMENTO **GAMMA** DE PROPRIEDADE DA FIRMA **GAMMA COM IMP & EXP LTDA EPP, CNPJ 03177596000198**, ESTABELECIDO À **R GUILHERME ASBAHR NETO 80 CHAC MONTE ALEGRE - SAO PAULO-SP** REGISTRADA NESTE CRF-SP SOB Nº **43982** COM O RAMO DE ATIVIDADE **DIST INS FARM.**

SÃO PAULO, 14 DE MARÇO DE 2.017

Dr. Pedro Eduardo Menegasso
Presidente / CRF-SP: 14010

Este estabelecimento comprovou nos termos do Art. 24 da Lei 3.820/60, que mantém farmacêutico substituto à frente de suas atividades.

1. Este documento deve ser afixado em lugar bem visível ao público.
2. Por infração às normas relativas à atividade profissional, o CRF-SP poderá determinar o recolhimento deste documento, o qual perderá sua validade.
3. Por ocasião de mudança no horário de Assistência, bem como de quaisquer dados do estabelecimento, este documento perderá sua validade e deverá ser retirado pelo farmacêutico substituto e devolvido ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, requerendo as devidas alterações.

4. Na hipótese de não haver alteração de dados, o mesmo deverá ser renovado no seu vencimento que será em

14 DE MARÇO DE 2.018

TERMO DE DEVOLUÇÃO DO RFS

Eu, _____, inscrito no CRF-SP sob nº _____, farmacêutico substituto pelo estabelecimento acima, comunico que a partir desta data não estou vinculado ao mesmo, recolhendo e devolvendo ao CRF-SP o presente REGISTRO para as providências cabíveis.

LOCAL

DATA

ASSINATURA