



# 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 Responsabilidade Técnica

O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO- CRF-SP, À VISTA DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA, CONCEDE O PRESENTE A Dr.(a) **IARA GALINDO DE OLIVEIRA** INSCRITO(A) NO CRF-SP SOB O Nº **56700** NA CATEGORIA DE **FARMACEUTICO** CERTIFICANDO QUE ENCONTRA-SE SOB SUA RESPONSABILIDADE TÉCNICA O(A) **ATICA QUIMICA** DE PROPRIEDADE DA FIRMA **ATICA IMP DIST PROD QUIMICOS LTDA** CNPJ **21102680000124**, ESTABELECIDÀ À **R ATICA 150 JD BRAS - SAO PAULO-SP** REGISTRADA NESTE CRF-SP SOB Nº **68747** COM O RAMO DE ATIVIDADE **DIST INS FARM/COSM**.

**SÃO PAULO, 1 DE FEVEREIRO 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 responsável técnico à frente de suas atividades.

- Este documento deve ser afixado em lugar bem visível ao público.
- Por infração às normas relativas à atividade profissional, o CRF-SP poderá determinar o recolhimento deste documento, o qual perderá sua validade.
- 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 responsável técnico e devolvido ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, requerendo as devidas alterações.
- Na hipótese de não haver alteração de dados, o mesmo deverá ser renovado no seu vencimento que será em**  
**1 DE FEVEREIRO DE 2.018**

### TERMO DE DEVOLUÇÃO DO RRT

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito no CRF-SP sob nº \_\_\_\_\_, responsável técnico 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