



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA
SETOR DE CADASTRO

ATESTADO DE CAPACIDADE PARA DISPENSAR MEDICAMENTOS

Atestamos para os devidos fins, que o Sr.(a) _____,
comerciante, portador do RG nº _____ e CPF nº _____,
proprietário da Firma Individual: _____, inscrito
no CNPJ sob o nº _____ com sua atividade principal de “
Posto de Medicamentos”, está apto para exercer atividades de vendas de
medicamentos junto ao seu comércio.

E, por ser verdade assino o presente atestado, abaixo.

Assinatura do Farmacêutico(a) nº inscrição
(carimbo)

Assinatura do Farmacêutico(a) nº inscrição
(carimbo)

_____, _____ de _____ de 2_____

[A documentação só será aceita com o preenchimento completo do formulário e sem rasuras.]