



## ANEXO I

### DECLARAÇÃO – POSTO DE MEDICAMENTO

Eu,  
Sr(a): \_\_\_\_\_, Profissão: \_\_\_\_\_,  
inscrito sob CPF \_\_\_\_\_, e portador do RG \_\_\_\_\_,

Proprietário do estabelecimento (razão social) \_\_\_\_\_,

e nome fantasia \_\_\_\_\_, no município de \_\_\_\_\_ do Estado do Espírito Santo, DECLARO,

para os devidos fins, perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Espírito Santo, que tenho inteiro conhecimento do teor da Deliberação nº 021/2017 do CRF/ES e das normas que regem o registro, abertura e funcionamento de Postos de Medicamentos e declaro, ainda, que estou ciente de que, caso seja registrada, legalmente, farmácia, drogaria ou unidade de saúde na mesma localidade, converterei o posto de medicamento em farmácia.

Por ser verdade, firmo a presente estando ciente das responsabilidades civis e penais nos termos da legislação vigente.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Proprietário do Estabelecimento

\*Válida somente com firma reconhecida em Cartório.