



**CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE**  
**PERNAMBUCO**  
**Rua Amélia, 50 - Espinheiro - 52020-150 - Recife/PE**  
**PABX: (81) 3426-8540 | CNPJ: 09.822.982/0001-71**  
**www.crfpe.org.br | [crfpe@crfpe.org.br](mailto:crfpe@crfpe.org.br)**

Protocolo Nº _____ Data ____/____/____ _____
--

( ) Contratação de Farmacêutico      ( ) Registro de Estabelecimento

O(a) Farmacêutico(a): \_\_\_\_\_ CRF/PE: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Vem requerer a o Cargo de:      ( ) Responsável Técnico      ( ) Assistente Técnico      ( ) Substituto

Com o seguinte **horário de assistência:**

SEG \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ TER \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
 QUA \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ QUI \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
 SEX \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
 DOM \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Junto ao estabelecimento:

CRF/PE: \_\_\_\_\_ Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 Nome Fantasia: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Sócio I: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 RG/Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Representante legal? ( ) Sim ( ) Não  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Sócio II: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
 RG/Órgão Exp.: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Representante legal? ( ) Sim ( ) Não  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Cujo proprietário/representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que o horário de funcionamento é:

SEG \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ TER \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
 QUA \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ QUI \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
 SEX \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_  
 DOM \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco e no cumprimento do dever profissional, DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária à empresa acima no horário declarado, do qual assumo o cargo requerido para com o CRF-PE de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60, 5.991/73 e 13.021/14, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica, e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não prestar assistência ao estabelecimento, no horário previsto neste termo.

DECLARO ainda que:

1. Comunicarei ao CRF-PE, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 01 dia;
2. Tenho ciência de que havendo o afastamento definitivo do presente compromisso, a baixa só se concretizará com a protocolização no CRF-PE, mediante a apresentação dos seguintes documentos: Certidão de Regularidade com o verso preenchido e assinado ou comprovante de rescisão contratual. Na impossibilidade desses, Declaração digitada ou de próprio punho do profissional comunicando a baixa e os motivos da ausência da certidão ou da rescisão, sob pena de responsabilização ético-profissional;
3. Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial;
4. Receberei como remuneração pelos meus serviços, conforme se verifica na Carteira de Trabalho, a importância de:  
 R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_).

Assim, nos termos da Lei 3.820/60, das Resoluções do CFF, comparecem a este ato de Homologação junto ao CRF-PE, os abaixo assinados:

\_\_\_\_\_  
**Farmacêutico CRF-PE (\_\_\_\_\_)**      **Proprietário/Representante Legal**      **Depto. de Fiscalização CRF-PE**



**CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA**  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**Rua Amélia, 50 - Espinheiro - 52020-150 - Recife/PE**  
**PABX: (81) 3426-8540 | CNPJ: 09.822.982/0001-71**  
**www.crfpe.org.br | [crfpe@crfpe.org.br](mailto:crfpe@crfpe.org.br)**

## DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Profissional Farmacêutico (a):

Nome: \_\_\_\_\_ CRF/PE: \_\_\_\_\_

Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais:

I. Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Horário de Trabalho:

SEG \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ TER \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

QUA \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ QUI \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

SEX \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

DOM \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

II. Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Horário de Trabalho:

SEG \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ TER \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

QUA \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ QUI \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

SEX \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

DOM \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

III. Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Horário de Trabalho:

SEG \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ TER \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

QUA \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ QUI \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

SEX \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ SAB \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

DOM \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Não exerço outras atividades profissionais ou análogas. Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no Código de Ética da Profissão Farmacêutica, bem como me comprometo a comunicar ao CRF/PE sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Em, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico CRF-PE (\_\_\_\_\_)