



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 | secretaria@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 _____

Plantonista

Regime: _____ (Ex.: 12x60)
 Turno: _____ (Diurno/Noturno)
 Data do último plantão:
 ____/____/____

Escala _____ Ciência do Profissional _____

Junto ao estabelecimento:

CRF/PE: _____ Razão Social: _____ CNPJ: _____/_____-_____
 Nome Fantasia: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Município: _____ CEP: _____ - E-mail: _____

Sócio: _____ 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 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**

Presidente do CRF-PE _____, ____ de _____ 20____



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 | secretaria@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 (_____)