



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

Ilmº Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco.

_____ **Farmacêutico(a),**
 inscrito (a) no CRF-PE sob nº _____, residente à rua _____
 _____ nº _____ Complemento _____ Bairro _____
 _____ Cidade _____ CEP: _____
 fone: () _____ - _____ / () _____ - _____ E-mail: _____, vem
 pelo presente requerer o seguinte:

- 01 - () INSCRIÇÃO DEFINITIVA
- 02 - () INSCRIÇÃO PROVISÓRIA
- 03 - () TRANSFERÊNCIA CRF _____ PARA CRF _____
- 04 - () 2º VIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE
 - () CÉDULA
 - () LIVRETO
- 05 - () CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO
- 06 - () VOTO POR CORRESPONDÊNCIA
- 07 - () JUSTIFICATIVA DE FALTA À ELEIÇÃO
- 08 - () REGISTRO DE DIPLOMA
- 09 - () ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO
- 10 - () ALTERAÇÃO DE HORÁRIO
- 11 - () _____

<u>Observações necessárias</u>

Para tanto faz juntada dos documentos necessários.

_____, _____ de _____ de _____.

Farmacêutico – CRF-PE nº _____



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

DECLARAÇÃO DE ATIVIDADES PROFISSIONAIS FARMACÊUTICA

Eu, _____ Farmacêutico (a), Inscrito (a) no CRF-PE sob o nº _____, portador (a) da identidade _____, declaro, perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco que exerço as seguintes atividades, dentro do âmbito profissional farmacêutico, bem como os horários que presto efetiva assistência técnica ao (s) estabelecimento (s):

A) COMO RESPONSÁVEL TÉCNICO: (Preencha apenas se V.Sa. tiver responsabilidade técnica)

1 – Razão Social: _____, endereço completo
_____ cidade: _____ fone: _____

Horário de minha permanência no estabelecimento: SEG ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ TER ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ QUA ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ QUI ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ SEX ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ SAB ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ DOM ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____.

2 – Razão Social: _____, endereço completo
_____ cidade: _____ fone: _____

Horário de minha permanência no estabelecimento: SEG ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ TER ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ QUA ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ QUI ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ SEX ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ SAB ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ DOM ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____.

3 – Razão Social: _____, endereço completo
_____ cidade: _____ fone: _____

Horário de minha permanência no estabelecimento: SEG ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ TER ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ QUA ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ QUI ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ SEX ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ SAB ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____ DOM ____:____ / ____:____ e ____:____ / ____:____.

B) COMO FUNCIONÁRIO: (Empresa e/ou órgãos das quais V.Sa. é funcionário mas não é o responsável técnico).

1 – Razão Social: _____, endereço completo
_____ cidade: _____ fone: _____

Horário de trabalho: (especificar) _____

2 – Razão Social: _____, endereço completo
_____ cidade: _____ fone: _____

Horário de trabalho: (especificar) _____

Declaro, ainda que não desenvolvo atividades que venham a impossibilitar o cumprimento do horário da assistência farmacêutica requerida, sob pena do Artigo 299 do Código Penal Brasileiro e dispositivo do Código de Ética da Profissão Farmacêutica que todas as informações acima são verdadeiras.

_____, _____ de _____ de _____.

Farmacêutico (a) CRF-PE nº _____