



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.

_____ Diretor/proprietário da
empresa (Razão Social) _____, inscrita no
CRF-PE sob nº _____, localizada à rua _____
nº _____ Complemento _____ bairro _____ cidade _____
CEP: _____ - _____ fone: () _____ - _____, E-mail: _____,
vem pelo presente requerer o seguinte:

- 01 - () INSCRIÇÃO
- 02 - () VISTO CONTRATO DE RESP. TÉCNICA
- 03 - () VISTO CONTRATO DE SUBSTITUTO
- 04 - () VISTO RESCISÃO DE CONTRATO
- 05 - () ALTERAÇÃO DE RAZÃO SOCIAL
- 06 - () ALTERAÇÃO DE HORÁRIO
- 07 - () ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO
- 08 - () ALTERAÇÃO DE CONTRATO SOCIAL
- 09 - () CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO
- 10 - () SUSPENSÃO DE ATIVIDADE
- 11 - () APRESENTAÇÃO DE DEFESA
- 12 - () _____

<u>Observações necessárias</u>

Para tanto faz juntada dos documentos necessários.

_____, _____ de _____ de _____.

Diretor/Sócio proprietário

DECLARAÇÃO

Respeitando as Resoluções e Deliberações dos Conselhos Federal e Regional de Farmácia, que consideram a necessidade de zelar pela saúde pública, assim como a necessidade de preservar o profissional farmacêutico, declaro para os devidos fins de direito que a Firma:

Razão Social: _____.

CNPJ: _____.

Endereço: _____,

cidade: _____ CEP: _____.

- Dispensa/Distribui substâncias entorpecentes ou psicotrópicas: - SIM - NÃO
- Manipula substâncias entorpecentes ou psicotrópicas: - SIM - NÃO

_____, _____ de _____ de _____.

PROPRIETÁRIO

REPRESENTANTE LEGAL

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
Diretor/Sócio proprietário da empresa (razão social) _____
_____, estabelecida à rua _____
_____ nº _____ bairro _____
cidade _____, declaro para fins de comprovação junto ao Conselho
Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco que a empresa acima citada tem o seguinte
horário de funcionamento:

SEGUNDA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
TERÇA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
QUARTA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
QUINTA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
SEXTA-FEIRA.....	de	_____	às	_____
SÁBADO.....	de	_____	às	_____
DOMINGO.....	de	_____	às	_____

Declaro, outrossim, que todas as informações acima são verídicas.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Diretor/Sócio Proprietário



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

TERMO DE COMPROMISSO

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco - CRF/PE e no cumprimento do dever profissional, DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao Estabelecimento _____ no horário a seguir: 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 ____:____, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF- PE de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60 e 5.991/73, 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, outrossim, que pelos meus serviços técnicos profissionais não receberei salário inferior ao salário ético e que tenho conhecimento de que no caso de rescisão do contrato de trabalho a presente responsabilidade técnica, só se concretizará após a data do protocolo no CRF-PE do requerimento de baixa de responsabilidade técnica, e entrega do Certificado de Regularidade Técnica a este Conselho.

_____, _____ de _____ de 20____.

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 verídicas.

Ciente da Carga Horária do Farmacêutico. _____, ____ de _____ de _____.

Proprietário

Farmacêutico (a) CRF-PE nº _____