



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



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 o compromisso 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, só se concretizará após a data do protocolo no CRF-PE do requerimento de baixa, 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

CONTRATO DE TRABALHO DE FARMACÊUTICO SUBSTITUTO:

Pelo instrumento particular de CONTRATO DE TRABALHO DE FARMACÊUTICO SUBSTITUTO, com prazo de validade entre a firma: _____, estabelecimento com ramo de _____, à Rua (Av.) _____, na cidade de _____, CNPJ nº _____, representada pelo Sócio(a), Sr(a). _____, CPF nº _____, adiante designada EMPRESA, e o FARMACÊUTICO(A) _____ brasileiro(a), de estado civil: _____, CPF nº _____, inscrito(a) no CRF-PE, sob o nº _____, reside à Rua (Av.) _____, nº _____, bairro _____, na cidade de _____, adiante designado CONTRATADO, fica ajustado o seguinte:

1. O CONTRATADO exercerá para a empresa as funções de FARMACÊUTICO SUBSTITUTO, pela Firma: _____, obrigando-se a fazer os serviços pertinentes à sua função;
2. Pelo efetivo desempenho da atividade de SUBSTITUTO a EMPRESA, obriga-se a pagar até o dia 10(dez) de cada mês, uma importância de R\$ _____ (_____).
3. Qualquer das partes só poderá Rescindir o presente CONTRATO, mediante AVISO PRÉVIO, com 30(Trinta) dias de antecedência;
4. Quando da Rescisão do presente CONTRATO, fica o CONTRATADO obrigado a comunicar imediatamente, e por escrito, tal Rescisão ao CRF-PE e, à Autoridade Sanitária, juntando documento comprobatório, constando as assinaturas de ambas as partes;
5. A EMPRESA proporcionará ao CONTRATADO, todas as condições Técnicas necessárias ao desempenho de suas atividades profissionais;
6. As partes obrigam-se o infrator às penas da Lei e ressarcindo os prejuízos que por ventura venham a causar à outra parte.

E por assim terem justos e contratados, assinam o presente CONTRATO, diante das testemunhas baixo mencionadas.

Testemunhas: _____

Testemunhas: _____

_____ de _____ de _____

Proprietário

Farmacêutico (a) CRF-PE nº _____