



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



SOLICITAÇÃO DE R.T.

Sr.(a) Presidente do CRF/SE – Conselho Regional de Farmácia de Sergipe

O Profissional _____ CRF/SE nº _____

Categoria: _____ Residente e domiciliado à _____

Bairro: _____

Município: _____ CEP: _____ FONE: () _____

Vem requerer a responsabilidade técnica pelo Estabelecimento

_____ com o nome de Fantasia _____

_____, situada à _____

Município: _____ Horário de funcionamento: _____

TERMO DE COMPROMISSO

Firmo o presente termo perante o **Conselho Regional de Farmácia do Estado de Sergipe – CRF/SE** e no cumprimento do dever profissional. **DECLARO** sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao Estabelecimento acima de segunda a sexta, no horário de _____ às _____ e das _____ às _____, sábado das _____ as _____ e das _____ as _____ e domingos das _____ às _____ e das _____ as _____ qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/SE, de acordo com o que dispõe o 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, rescisão de contrato de trabalho a presente responsabilidade técnica só se concretizará após a data do protocolo no CRF/SE do requerimento da baixa de responsabilidade técnica e entrega da Certidão de Regularidade Técnica a este Conselho.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SERGIPE

Aracaju(SE), _____ de _____ de 20____

FARMACÊUTICO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



FORMULÁRIO PARA DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

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

01. FIRMA/ÓRGÃO: _____
END: _____
CIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE TRABALHO: _____

02. FIRMA/ÓRGÃO: _____
END: _____
CIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE TRABALHO: _____

03. FIRMA/ÓRGÃO: _____
END: _____
CIDADE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____
HORÁRIO DE TRABALHO: _____

Não exerço outras atividades profissionais ou análogas. Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento, sujeitar-me a ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, e falta ética prevista no artigo 23 Inciso IV do Código de Ética Profissional, bem como comprometo-me a comunicar o CRF sobre eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Aracaju(SE), _____ de _____ de 20____

FARMACÊUTICO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE



DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ASSISTÊNCIA

Sr.(a) Presidente do CRF/SE – Conselho Regional de Farmácia de Sergipe

Declaramos para os devidos fins que a empresa _____, De CNPJ: _____, situada no (a) _____ N° _____, bairro: _____, CEP: _____, Cidade: _____ Estado: _____, funciona de segunda-feira a sexta-feira das _____ às _____ e das _____ às _____ e das _____ às _____ e das _____ às _____ Sábado _____ às _____ e das _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo _____ às _____ e das _____ às _____ Com o responsável técnico _____ CRF/SE N° _____ no horário de assistência farmacêutica de segunda à sexta-feira de _____ às _____ e das _____ às _____, sábado _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo _____ às _____ e das _____ às _____ Dividindo horário com a farmacêutico (a) _____ CRF/SE N° _____ com horário de assistência de segunda-feira a sexta-feira das _____ às _____ e das _____ às _____ sábado _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo das _____ às _____ e das _____ às _____ dividindo como(a) farmacêutico(a) _____ CRF/SE nº _____ com horário de assistência de segunda-feira a sexta-feira das _____ às _____ e das _____ às _____ sábado _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo das _____ às _____ Dividindo horário de assistência com _____ CRF/SE nº _____ assistência de segunda a sexta com horário das _____ às _____ e das _____ às _____ sábado das _____ às _____ e das _____ às _____ e aos domingos das _____ às _____ e das _____ às _____ dividindo com o(a) farmacêutico(a) _____ CRF/SE nº _____ no horário de assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ de segunda a sexta e aos sábados das _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo das _____ às _____ e das _____ às _____ dividindo com o farmacêutico _____ CRF/SE nº _____ Com assistência das _____ às _____ e das _____ às _____ 2ª feira a 6ª feira, sábado das _____ às _____ e das _____ às _____ e domingo das _____ às _____ e das _____ às _____; dividindo com o farmacêutico _____ CRF/SE nº _____ com assistência de 2ª feira a 6ª feira de _____ às _____ e das _____ às _____, sábado das _____ às _____ e das _____ às _____, domingo das _____ às _____ e das _____ às _____.

Aracaju (SE), _____ de _____ de 20____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO