



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 \_\_\_\_\_ e 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**