

**REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO**

**Contratação de Farmacêutico**

**Registro de estabelecimento**

Farm. Comunitária     Farm. Manipulação     Laboratório     Farm. Hosp.     Farm. Básica     Drograria de Farm. sem Manipulação  
 Farm.CAPS     Distribuidora Tipo: \_\_\_\_\_     Outros \_\_\_\_\_

**O (a) Profissional farmacêutico (a):**

Nome:		CRF/MA:	
Naturalidade/U.F.:		Nacionalidade/U.F.:	
CPF:	R.G.:	Órgão Expedidor:	Data Exp.R.G.: / /
Endereço:		Bairro:	
Município:	U.F.:	CEP:	Fone residencial:
Fone celular:	e-mail pessoal:		

**Vem requerer a responsabilidade técnica:**

**Diretor Técnico**                       **Assistente Técnico**                       **Substituto**

**Com o seguinte horário de assistência:**

Segunda-feira:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h
Terça-feira:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h
Quarta-feira:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h
Quinta-feira:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h
Sexta-feira:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h
Sábado:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h
Domingo:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h

**Junto ao estabelecimento:**

Razão social:		CNPJ:	
Nome fantasia:		Município:	
Endereço:		CEP:	
Bairro:	Fone:	e-mail:	
Sócio I:	CPF:	RG/Órgão Exp.:	Estado Civil:
Endereço:	Município:	Representante legal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Cujo proprietário/representante legal, abaixo assinado, **DECLARA** ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que **o horário de funcionamento é:**

Segunda a sexta-feira:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h
Sábado:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h
Domingo:	Das _____:_____ h, às _____:_____ h e das _____:_____ h, às _____:_____ h

Assim, nos termos da Lei 3.820/60, das Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, comparecem a este ato de Homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF/MA, os abaixo assinados:

- Autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.  
 Não autorizo receber informações do CRF-MA, referente a esta solicitação, via: E-mail, Whatsapp, Ligação ou Correios.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Farmacêutico (a):	Proprietário/Rep. Legal:
-------------------	--------------------------

**DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES OBRIGATÓRIA**

**Profissional Farmacêutico (a):**

Nome:	CPF:	CRF/MA:
-------	------	---------

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

I - Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Cargo/Função:	Horário Trabalho:

II - Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Cargo/Função:	Horário Trabalho:

III - Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Cargo/Função:	Horário Trabalho:

- Não exerço outras atividades profissionais ou análogas. Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeitar-me-a 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 ao CRF sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Assinatura Farmacêutico: