|  |  |
| --- | --- |
| **CRF/RN** | **REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA** |

|  |
| --- |
| CATEGORIA V – FIRMA  Ilmº.  Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio Grande do Norte – CRF/RN  N E S T A |

**NOME DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO: CRF/RN**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**ENDEREÇO DO PROFISSIONAL: COMPLEMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**BAIRRO: CIDADE:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**CEP: FONE RESIDENCIAL CELULAR:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Vem requerer a responsabilidade técnica pelo estabelecimento:

**RAZÃO SOCIAL:**

|  |
| --- |
|  |

**NOME FANTASIA:**

|  |
| --- |
|  |

**ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO: COMPLEMENTO:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**BAIRRO: CIDADE:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**CEP: FONE: FAX: E-MAIL:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 1º INTERVALO 2º INTERVALO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGUNDA A SEXTA** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SÁBADO** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMINGO** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio Grande do Norte CRF/RN e no cumprimento do dever profissional DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao estabelecimento acima no horário de do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/RN de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74, 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulares 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 do CRF/RN do requerimento de baixa de responsabilidade técnica, e entrega do Certificado de Regularidade Técnica a este Conselho.

Natal-RN, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Assinatura do Profissional Farmacêutico -

VIDE VERSO

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

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

**01. FIRMA OU ÓRGÃO RAZÃO SOCIAL:**

|  |
| --- |
|  |

**ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO: COMPLEMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**BAIRRO: CIDADE:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**CEP: FONE: FAX: CARGO/FUNÇÃO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 1º INTERVALO 2º INTERVALO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGUNDA A SEXTA** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SÁBADO** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMINGO** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

**02. FIRMA OU ÓRGÃO RAZÃO SOCIAL:**

|  |
| --- |
|  |

**ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO: COMPLEMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**BAIRRO: CIDADE:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**CEP: FONE: FAX: CARGO/FUNÇÃO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 1º INTERVALO 2º INTERVALO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGUNDA A SEXTA** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SÁBADO** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMINGO** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

**03. FIRMA OU ÓRGÃO RAZÃO SOCIAL:**

|  |
| --- |
|  |

**ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO: COMPLEMENTO**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**BAIRRO: CIDADE:**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**CEP: FONE: FAX: CARGO/FUNÇÃO:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 1º INTERVALO 2º INTERVALO**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SEGUNDA A SEXTA** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SÁBADO** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DOMINGO** | **:** | **ÀS** | **:** | **:** | **ÀS** | **:** |

04. 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-á à 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/RN sobre as eventuais alterações que ocorrem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Natal-RN, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- Assinatura do Profissional Farmacêutico -

REQ. RESP. TECNICA