



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ – CRF/PA

AV. ALMIRANTE BARROSO 788 – MARCO / CEP 66090-000 / FONE: (91) 3239-9500 / FAX (91) 3239-9510
BELÉM - PARÁ

SOLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

O(A) Profissional _____ Categoria I CRF-PA
nº _____, residente e domiciliado à (ao) _____
bairro _____ Fone (____) _____ município _____ UF _____
Cep. _____ E-mail _____ vem
requerer a responsabilidade técnica como Farmacêutico _____ pelo
Estabelecimento (Nome Fantasia) _____ de
propriedade (Razão Social) _____

_____ estabelecida à (ao) _____
bairro _____

fone: (____) _____ Horários de funcionamento:

Segunda _____ às _____ e _____ às _____	Sexta _____ às _____ e _____ às _____
Terça _____ às _____ e _____ às _____	Sábado _____ às _____ e _____ às _____
Quarta _____ às _____ e _____ às _____	Domingo _____ às _____ e _____ às _____
Quinta _____ às _____ e _____ às _____	Feriado _____ às _____ e _____ às _____

ESTABELECIMENTO DISPENSA MEDICAMENTO SUJEITO A CONTROLE ESPECIAL: sim não
EM CASO DE HOSPITAIS, INFORMAR O NÚMERO DE LEITOS: _____

Termo de Compromisso

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do estado do Pará - CRF-PA e no cumprimento do dever profissional. Declaro, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei assistência técnica diária ao estabelecimento acima no horário de:

Segunda _____ às _____ e _____ às _____	Sexta _____ às _____ e _____ às _____
Terça _____ às _____ e _____ às _____	Sábado _____ às _____ e _____ às _____
Quarta _____ às _____ e _____ às _____	Domingo _____ às _____ e _____ às _____
Quinta _____ às _____ e _____ às _____	Feriado _____ às _____ e _____ às _____

Confirmando e assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-PA de acordo com o que dispõe as Leis nº 3.820/60, Lei nº 13.021/14 e 5.991/73, Decretos 74.170774 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 receberei a importância mensal de R\$ _____ e que tenho conhecimento de que no caso de querer renunciar a presente responsabilidade técnica, devo fazê-la através de requerimento ao CRF-PA, do qual receberei um Protocolo de Baixa de Responsabilidade Técnica.

_____, _____ de _____ de _____
FARMACÊUTICO (A) _____ CRF/PA Nº _____