



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ - CRF PA
AV. ALMIRANTE BARROSO 788 – MARCO | CEP: 66090-000 BELEM – PARÁ
TELEFONE: (91) 3249-3005 | (91) 3239-9500 | crfpa@crfpa.org.br

**Atenção: Todos os campos devem ser preenchidos (letra de forma ou legível)
e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e completados à caneta**

SOLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Dados do Profissional:

Nome: _____ N°CRF: _____
Endereço: _____ N° _____
Complemento: _____
CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
E-mail: _____ Cel: () _____ Tel: () _____
Cargo como Farmacêutico: () Diretor Técnico () Assistente Técnico () Substituto

Dados do Estabelecimento:

Razão Social: _____ N°CRF: _____
Nome Fantasia: _____
Endereço: _____ N° _____
Complemento: _____
CEP: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Estabelecimento dispensa medicamento sujeito a controle especial: () SIM () NÃO
Em casos de Hospitais, informar o número de leitos: _____

Horário de Funcionamento estabelecido: irá funcionar aos feriados () sim () não

Horário de funcionamento da firma				Horário de Assistência Farmacêutica			
Dias semanais	Horário de abertura	Intervalo	Horário de fechamento	Dias semanais	Horário de entrada	Intervalo	Horário de saída
Segunda				Segunda			
Terça				Terça			
Quarta				Quarta			
Quinta				Quinta			
Sexta				Sexta			
Sabado				Sabado			
Domingo				Domingo			

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Pará e no cumprimento do dever profissional, DECLARO que prestarei efetiva assistência técnica ao estabelecimento de saúde acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-PA de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60, 5.991/73 e 13.021/14, Decretos 74.170/74 e 85.878/81, além do Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais 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 tenho ciência que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se concretizará mediante protocolo neste regional, que informarei ao CRF-PA, quaisquer alterações em meu horário de assistência e/ou da declaração de vínculos profissionais.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Profissional