



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			
Dias da Semana	Horário de abertura	Intervalo	Horário de fechamento
Segunda			
Terça			
Quarta			
Quinta			
Sexta			
Sábado			
Domingo			

Horário de assistência farmacêutica			
Dias da Semana	Horário de abertura	Intervalo	Horário de fechamento
Segunda			
Terça			
Quarta			
Quinta			
Sexta			
Sábado			
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