



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ E AMAPÁ

SOLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

O Profissional _____ Categoria I CRF-PA/AP nº _____, residente e domiciliado à (ao) _____, bairro _____ Fone _____ município _____ UF _____ Cep. _____ vem requerer a responsabilidade técnica como Farmacêutico _____ pelo Estabelecimento (nome fantasia) _____ de propriedade (Razão Social) _____ estabelecida à (ao) _____ bairro _____ Tel. _____ Horário de funcionamento: 2ª a 6ª _____ / Sábado _____ / Domingo _____ / Feriado _____.

TERMO DE COMPROMISSO

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia dos Estados do Pará e Amapá - CRF-PA/AP e no cumprimento do dever profissional. Declaro, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei assistência técnica diária ao Estabelecimento acima no horário de 2ª a 6ª _____ sábado: _____ dom./fer.: _____

Confirmo e assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-PA/AP de acordo com o que dispõe as Leis nº 3.820/60 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 _____ e que tenho conhecimento de que no caso de querer renunciar a presente responsabilidade técnica, devo fazê-la através de requerimento ao CRF-PA/AP, do qual receberei um Protocolo de Baixa de Responsabilidade Técnica.

_____ (PA) _____ de _____ de _____

Farmacêutico(a) de CRF-PA/AP Nº _____