

Este documento foi protocolado sob nº _____ **01**

Em ___/___/___.

Funcionário

**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE RORAIMA – CRF/RR**
REQUERIMENTO DE RESP. TECNICA E TERMO DE COMPROMISSO

() Contratação de RT () Registro de Estabelecimento

Nome:	CRF/RR n°:
Endereço:	Bairro:
Município:	Fone:

Vem requerer a responsabilidade Técnica:

() Diretor Técnico () Assistente Técnico () Substituto

MANHÃ**TARDE****NOITE**

	MANHÃ	TARDE	NOITE
Segunda-feira	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h
Terça-feira	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h
Quarta-feira	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h
Quinta-feira	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h
Sexta-feira	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h
Sábado	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h
Domingo	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h

Junto ao Estabelecimento:

Razão social:	CNPJ:
Nome Fantasia:	Município:
Endereço:	CEP:
Bairro:	Fone:
Sócio I:	CPF:
RG/Org.Exp.:	Estado Civil:
Endereço:	Município:
Sócio II:	CPF:
RG/Org.Exp.:	Estado Civil:
Endereço	Município

Proprietário/Representante legal, abaixo assinado, declara ainda o horário de funcionamento:

Segunda a sexta-feira	Sábado	Domingo
Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h	Das ___:___h, às ___:___h

Assim nos termos da Lei 3.820/60, das Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, comparecem a este ato de Homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF/RR, abaixo assinados:

Farmacêutico (a)

(Assinatura com carimbo ou por extenso)

Proprietário/Resp. Legal

(Assinatura com carimbo ou por extenso)

Boa Vista, _____ de _____ 20_____.



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE RORAIMA – CRF/RR
REQUERIMENTO DE RESP. TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO
DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES



Profissional Farmacêutico (a)

Nome:	CRF/RR:
-------	---------

() Não exerço outras atividades profissionais ou análogas.

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

I – Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Cargo/Função:	Horário de Trabalho:

II – Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Cargo/Função:	Horário de Trabalho:

III – Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Cargo/Função:	Horário de Trabalho:

IV – Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Cargo/Função:	Horário de Trabalho:

Boa Vista, ____ de _____ 20__.

Farmacêutico (a)

(Assinatura com carimbo ou por extenso)