



Este documento foi protocolado sob n° \_\_\_\_\_ **02**  
Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Funcionário



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE RORAIMA – CRF/RR**  
**REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE**  
**COMPROMISSO NO SERVIÇO PÚBLICO**  
( ) 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**

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:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:

Cujo Secretario de Saúde/Diretor/Coordenador da Unidade, abaixo assinado, declara ainda o horário de funcionamento:

<b>Segunda a sexta-feira</b>	<b>Sábado</b>	<b>Domingo</b>
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)

\_\_\_\_\_  
Secretario de Saúde/Diretor/Coord. da Unidade  
(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)