

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 nº:
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

Horário conforme escala: () Sim () Não

Junto ao Estabelecimento:

Razão:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Município:	

Cujo Secretário de Saúde/Diretor/Coordenador da Unidade, 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
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)
(Rubrica/ Nome por extenso somente com carimbo)

Secretário de Saúde/Diretor/Coord. da Unidade
(Rubrica/ Nome por extenso somente com carimbo)

Boa Vista, ____ de _____ 20____.

Obs.: Este documento não poderá ter rasuras nem espaços em branco

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE RORAIMA – CRF/RR
REQUERIMENTO DE RESP. TECNICA 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:
Horário de Trabalho:	Município:

II – Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Horário de Trabalho:	Município:

III – Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Horário de Trabalho:	Município:

IV – Razão social:	Fone:
Nome Fantasia:	Bairro:
Endereço:	CEP:
Horário de Trabalho:	Município:

Boa Vista, ____ de _____ 20__.

Farmacêutico (a)
(Rubrica/ Nome por extenso somente com carimbo)

Obs.: Este **documento não poderá ter rasuras** nem espaços em branco