



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF  
**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ – CRF-PR**  
RUA PRESIDENTE RODRIGO OTÁVIO, 1296 – HUGO LANGE – CURITIBA – PR  
CEP 80040-452 – Fone/Fax: (41) 3363-0234  
E-mail: crfpr@crf-pr.org.br  
Site: www.crf-pr.org.br



ILMO SR. PRESIDENTE  
NESTA

PROCESSO Nº \_\_\_\_\_

Como representante legal da empresa / estabelecimento \_\_\_\_\_

CGC \_\_\_\_\_ Nome Fantasia \_\_\_\_\_ Rua/Av \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**Declaro** que o estabelecimento terá horário de funcionamento diário:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

Plantão: \_\_\_\_\_

[ ] REQUER INSCRIÇÃO nesse CRF –PR na classe \_\_\_\_\_

Por seu representante legal, em cumprimento ao que determina o art. 24 da Lei 3.820/60; Lei 5.991/73; art.27 do Decreto 74.170/74;

[ ] Já registrado (a) nesse CRF – PR, na classe \_\_\_\_\_, sob o nº \_\_\_\_\_

Por seu representante legal, em cumprimento ao que determina o art. 24 da Lei 3.820/60; Lei 5.991/73; art.27 do Decreto 74.170/74.

Vem com acatamento apresentar, para exercer a função de **Diretor Técnico** Responsável:

**Nome:** \_\_\_\_\_, **inscrição** \_\_\_\_\_

Prestando assistência no horário declarado abaixo:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

Plantão: \_\_\_\_\_

E para exercer a função de **Assistente(s) Técnico(s)**:

**1) Nome:** \_\_\_\_\_, **inscrição** \_\_\_\_\_

Prestando assistência no horário declarado abaixo:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

Plantão: \_\_\_\_\_

**2) Nome:** \_\_\_\_\_, **inscrição** \_\_\_\_\_

Prestando assistência no horário declarado abaixo:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

Plantão: \_\_\_\_\_

Declaro ainda que no caso de ausência ou impedimento do Diretor Técnico e/ou do(s) Assistente(s) Técnico(s), o estabelecimento será assistido pelo(s) **substituto(s)**:

Nome: \_\_\_\_\_, inscrição \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_, inscrição \_\_\_\_\_

Por seu representante legal, venho requer a anotação no cadastro deste CRF-PR e, ainda, o recebimento do(s) termo(s) de compromisso do(s) farmacêutico(s) aqui indicado(s).

Fico ciente que a omissão ou declaração falsa do horário de funcionamento, estarei sujeito às sanções legais cabíveis.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

CIENTE - ASSINATURA DO DIRETOR TÉCNICO