



## CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ - CRF/PR

### TERMO DE COMPROMISSO, RESIDENCIAL E DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES: DIRETOR TÉCNICO – ASSISTENTE TÉCNICO – SUBSTITUTO.

ILMO SR. PRESIDENTE  
NESTA

PROCESSO Nº **Preenchimento CRF**\_

Nome **Nome completo profissional requerente da responsabilidade técnica ou alteração de horário**\_ Inscrição nº **Nº**  
inscrição do CRF do profissional \_\_\_\_\_

Endereço residencial (Rua/Av.) **Endereço residencial do referido profissional**\_ nº **nº** do endereço e complemento se  
**houver** \_\_\_\_\_

Bairro / Distrito **Bairro do endereço residencial do profissional**\_ Município **Cidade**\_ Estado **Estado** \_\_\_\_\_

Telefone (\_\_\_\_) **Telefone residencial e celular**\_ CEP **CEP**\_ e-mail **E-mail** \_\_\_\_\_

#### Abaixo deverá ser selecionado o tipo do profissional requerente:

Farmacêutico ( ) Oficial de Farmácia Provisionado/Licenciado

#### E abaixo deverá ser selecionada a modalidade da responsabilidade técnica (direção, assistência ou substituição). A modalidade deverá coincidir com o preenchimento do formulário link 1:

Venho por intermédio deste, requerer a  Direção Técnica; ( ) Assistência Técnica; ( ) Substituição, pelo estabelecimento abaixo, pelo qual firmo o presente termo de compromisso perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná – CRF – PR, e no cumprimento do dever profissional, DECLARO que prestarei assistência técnica no horário das:

#### Colocar horário de trabalho do profissional no quadro abaixo em cada dia da semana e especificar intervalos. Por exemplo:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
*****	08:00 as 12:00h	08:00 as 12:00h	08:00 as 12:00h	08:00 as 12:00h	08:00 as 12:00h	08:00 as 13:00h
	14:00 as 20:00h	14:00 as 20:00h	14:00 as 20:00h	14:00 as 20:00h	14:00 as 20:00h	

Plantão: \*\*\*\*\* ou se for o caso, plantão sábado a sexta 08:00 as 13:00 , 14:00 as 19:00, 20:00 as 23:00h.

#### Abaixo deverá ser selecionada a qualificação da empresa a que o profissional está requerendo a responsabilidade técnica ou alteração de horário:

À  Farmácia; ( ) Droguaria; ( ) Distribuidora; ( ) Laboratório de Análises Clínicas; ( ) Indústria; ( ) Outro:

\_\_\_\_\_ **Nome Fantasia do estabelecimento** \_\_\_\_\_ de propriedade da firma **Razão social da empresa conforme disposto no contrato social** \_\_\_\_\_ estabelecida à Rua / Av. \_\_\_\_\_ **Endereço do estabelecimento conforme disposto no contrato social** \_\_\_\_\_ no Município de **Cidade onde o estabelecimento se localiza** \_\_\_\_\_,

Declaro ainda, sob a pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao estabelecimento acima no horário informado. Assumo a responsabilidade técnica perante do CRF/PR, de acordo com o que dispõe as Leis nº 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica, e fico ciente que incorrerei nas sanções disciplinares previstas no art. 30 da Lei 3.820/60 e na Resolução 461/07 do CFF se não prestar assistência no estabelecimento no horário previsto neste termo.

#### Abaixo deverá ser colocada a remuneração do profissional, ou, se o profissional for sócio da empresa conforme contrato social, o percentual de cotas do profissional:

Declaro que pelos meus serviços técnicos profissionais não receberei salário inferior ao salário ético:

Pelos serviços profissionais receberei a importância mensal de R\$ **2.000,00**. ( ) Sou sócio com \_\_\_\_\_% das cotas.



## CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ - CRF/PR

**Abaixo deverá ser selecionada a situação do profissional, ou seja, se o profissional possui ou não alguma outra atividade, a fim de comprovar a disponibilidade de horário para exercer a responsabilidade técnica no horário que está sendo requerido.**

**No caso de exercer alguma outra responsabilidade técnica já registrada perante o CRF não é necessário apresentar documentação complementar. Caso o profissional exerça alguma outra atividade que não se trate de responsabilidade técnica, como aulas, por exemplo, deverá apresentar documento comprobatório, emitido pela referida instituição ou empresa, contendo os dias e horários:**

Declaro ainda, para os devidos fins que:

- (  ) Não exerço outras atividades profissionais (quaisquer, inclusive aulas), ou outra diversa;  
(  ) Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários abaixo:

---

---

---

E, que tenho conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento poderá me sujeitar à ação criminal pelo cometimento do crime de “Falsidade Ideológica”, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro. Tenho conhecimento também de que no caso de rescisão do contrato de trabalho a responsabilidade técnica somente se encerrará após o protocolo do requerimento de baixa perante o CRF/PR e devolução da Certidão de Regularidade.

\_\_\_ **Local (Município)** \_\_\_, \_\_\_ **Dia** \_\_\_ de \_\_\_ **Mês** \_\_\_ de 20\_\_\_ **Ano** \_\_\_

\_\_\_ **Assinatura do profissional requerente** \_\_\_  
Profissional Requerente