



**TERMO DE COMPROMISSO, RESIDENCIAL E DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES:
DIRETOR TÉCNICO – ASSISTENTE TÉCNICO – SUBSTITUTO PARA INDUSTRIA**

Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados

ILMO SR. PRESIDENTE

PROCESSO Nº:

Nome: Inscrição nº:

Endereço residencial:

Bairro: CEP:

Município: UF:

E-mail Principal:

E-mail Alternativo:

Telefone fixo: DDD Celular: DDD e

Venho por intermédio deste, requerer a: **Direção Técnica** ou **Assistência Técnica** ou **Substituição**,

pele 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 sob pena das sanções pertinentes que prestarei efetiva assistência técnica nos horários:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>
Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>
Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>
Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>

Plantão/alternativo:

À indústria:

Nome Fantasia:

de propriedade da Razão Social:

estabelecida à Rua/AV.

no Município de ,

De acordo com o que dispõe as Leis nº 3.820/60 e 6839/80, Decreto 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. E, fico ciente que incorrerei nas sanções disciplinares se não prestar assistência no estabelecimento no horário previsto neste termo.



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

Pelos serviços profissionais receberei a importância mensal de R\$.

Sou sócio com % das cotas.

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.

Cidade: de Data de de Mês: de Ano:

Assinatura do Profissional Requerente

Declaro ainda que tenho ciência de que, no caso de rescisão do contrato de trabalho, de acordo com o Código de Ética, devo comunicar ao CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ o encerramento do vínculo em até 5 (cinco) dias, sob pena de descumprimento do art. 12 inciso XIII do anexo I. Tenho conhecimento também que o procedimento de baixa é uma atribuição do profissional e que a responsabilidade técnica se encerrará somente após o protocolo do requerimento da baixa perante o CRF-PR, com todos os documentos necessários.

Assinatura do Profissional Requerente