



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

Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados

ILMO SR. PRESIDENTE

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**, 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 sob pena das sanções pertinentes que prestarei efetiva assistência técnica nos dias e horários:

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

Dias e Horário:  Plantão ou  alternativo, se aplicável:

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

Ao estabelecimento de Razão Social:

CNPJ:



no Município de ,

De acordo com o que dispõe as Leis Federais nº 3.820/60 e 6839/80, Decreto Federal 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

\_\_\_\_\_  
CIENTE – ASSINATURA DO DIRETOR TÉCNICO

\_\_\_\_\_  
CIENTE – ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

Declaro ainda que tenho ciência de que, no caso de rescisão do contrato de trabalho, de acordo com o Código de Ética, resolução 596/2014 do CFF, devo comunicar ao CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ o encerramento do vínculo em até 5 (cinco) dias úteis, 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, via o sistema CRF-PR em casa.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PROFISSIONAL REQUERENTE