SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRFTO
Av. Teotônio Segurado, s/n - Qd. 501 Sul - Lote 19, Palmas/TO CEP: 77.016.002
*Fone/Fax: (0**63) 3216-1606, http://www.crfto.org.br*

DOC. 11

REQUERIMENTO DO SERVIÇO PÚBLICO

☐Resp. Técnica ☐Inscrição de inst. pública ☐Alteração de Horário de RT

O(a) Profissional Farmacêutico(a):

Nome:	**CRF/TO:**
Endereço:	**Bairro:**
Município:	**Fone:**

Vem **requere**r a responsabilidade técnica:

☐Diretor Técnico ☐Assistência Técnica

☐Farmácia Popular do Brasil
☐Farmácia Básica Pública
☐Farmácia Hospitalar Pública
☐Laboratório Público de Análise Clínicas
☐Unidade Transfusional/Banco de Sangue
☐ Outros:_____

Com o seguinte horário de assistência:

Domingo:	Das	:	h,	ás	:	h,	e das	:	h,	ás	: h,
Segunda-feira:	Das	:	h,	ás	:	h,	e das	:	h,	ás	: h,
Terça-feira:	Das	:	h,	ás	:	h,	e das	:	h,	ás	: h,
Quarta-feira:	Das	:	h,	ás	:	h,	e das	:	h,	ás	: h,
Quinta-feira:	Das	:	h,	ás	:	h,	e das	:	h,	ás	: h,
Sexta-feira:	Das	:	h,	ás	:	h,	e das	:	h,	ás	: h,
Sábado:	Das	:	h,	ás	:	h,	e das	:	h,	ás	: h,

Junto à instituição pública:

Razão social:	CNPJ:
Nome fantasia:	Município:
Endereço:	Cep:
Bairro:	Fone:

Cujo gestor público/representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter conhecimento de que a emissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação crime de "falsidade ideológica" previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que **o horário de funcionamento é:**

Segunda à sexta-feira:	**Sábado**	**Domingo**
Da : h, às : h, e	**Das : h, às : h, e**	**Das : h, às : h, e**
Das : h, às : h.	**Das : h, às : h.**	**Das : h, às : h.**

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Tocantins e no cumprimento do dever profissional DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao estabelecimento acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos com o CRF/TO de acordo com o que dispõe as leis 3.820/60 e 5991/73, decretos 74.170/74 e 85878/81 e o Código De Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração dos dispositivos legais regulamentares citados se não prestar assistência ao estabelecimento, no horário previsto neste termo. DECLARO ainda que:

1. Comunicarei ao CRF/TO, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 01(um) dia;
2. Tenho conhecimento de que no caso de afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se concretizará após protocolo no CRF/TO, dos seguintes documentos: Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado.

Assim, nos termos da Lei 3.820/60, da Resolução do Conselho Federal de Farmácia, comparecem a este ato de homologação de responsabilidade técnica junto ao CRF/TO, os abaixo assinados:

Assinaturas:

Farmacêutico(a)	Gestor Público/Representante Legal