# CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS

## DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL – DAP

**(Resolução Nº 701/2021 do CFF)**

Farmacêutico Substituto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRF Nº: \_\_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estabelecimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Registro CRF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

UF: \_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefone: (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Período: De \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Horário(s): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo: ( ) Férias ( ) Folga ( ) Plantão ( ) Curso ( ) Licença ( ) Outro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declaro, sob as penas da lei, que exercerei atividade técnica profissional junto ao estabelecimento citado, no período e horários informados, conforme contrato ou vínculo legal anexo.

Não exerço outras atividades no horário informado.

Tenho ciência de que informações falsas sujeitam-me às penalidades previstas no art. 299 do Código Penal e à responsabilidade ética-profissional.

Ciente da validade de até 30 dias conforme Res. CFF 701/2021.

Local/Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico Substituto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Resp. Técnico (substituído): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal da Empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Obs: As assinaturas devem ser por EXTENSO. Em caso de rubrica, é obrigatório estar acompanhado de carimbo.