



Formulário D Declaração de Atividade Profissional				____/____/____ Atendimento nº _____ Protocolo nº _____ PJ _____ Local _____ Funcionário _____		
Dados do <b>PROFISSIONAL</b>			Nº do CRF-RS:			
Nome:			CPF:			
Dados do <b>ESTABELECIMENTO</b>			Nº do CRF-RS:			
Razão Social:			CNPJ:			
Endereço:			Nº:		Compl.:	
Bairro:		Município:				
Exercício da atividade profissional entre ____/____/____ e ____/____/____, limitado a 30 dias.						
<b>Horário do Farmacêutico em Suplência</b>						
Dias	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
Segunda						
Terça						
Quarta						
Quinta						
Sexta						
Sábado						
Domingo						

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF-RS e, em cumprimento ao dever profissional, declaro que prestarei efetiva assistência técnica na forma declarada, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei Federal nº 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, em especial ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e legislações complementares, ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no artigo 299 do Código Penal (falsidade ideológica).

Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar ao CRF-RS o término da presente atividade, quando a mesma ocorrer antes do término do período citado anteriormente, sob pena de responsabilidade profissional.

<b>Ciência dos Assistentes Técnicos</b>		
1 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
2 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
3 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
4 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
5 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
6 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
7 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
8 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
9 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
10 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____





Eu, \_\_\_\_\_, responsável técnico do estabelecimento, declaro ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico acima nominado, inclusive seus horários e forma de trabalho, assumindo o compromisso de afixar junto a Certidão de Regularidade do CRF-RS, cópia desta DAP e, se necessário, a escala de plantões em que o colega exercerá atividades profissionais no estabelecimento, sob pena de, na omissão, incorrer em infração disciplinar.

Tenho ciência de que o Farmacêutico a ser substituído, \_\_\_\_\_(nome completo), deverá obrigatoriamente comunicar seu afastamento via acesso restrito, conforme art. 8º da Res./CFF 612/2015, sob pena de indeferimento do pedido de DAP.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico Responsável Técnico(a)

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

***Este documento somente será válido e terá eficácia após o deferimento do protocolo e para os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRF-RS. Necessita ser protocolado com antecedência junto ao CRF, devendo uma via ficar em local público e visível, juntamente com a Certidão de Regularidade. Este documento não é válido para licenças médico/trabalhistas, onde há necessidade de ingresso de Responsabilidade Técnica.***

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal do Estabelecimento

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico

Obs.: a assinatura deverá ser autenticada em uma das seguintes modalidades: anexar cópia de documento de identidade oficial com foto (RG, CNH, etc.), autenticar em cartório ou apostar assinatura na presença de um atendente CRF-RS.

