



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Farmácia
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO CEARÁ



ALTERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA								
EMPRESA (razão social):								
CNPJ: n.º		Inscrição estadual:			CRF/CE n.º			
HORÁRIO DO ESTABELIMENTO								
Segunda a sexta		Sábado		Domingo		Farmácia 24h		
						Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
1- ALTERAÇÃO REQUERIDA: 1.1 - De FUNÇÃO do farmacêutico:				1.2 - De HORÁRIO do farmacêutico:		LEGENDA:		
De: <input type="checkbox"/> Para: RT <input type="checkbox"/>				COM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		RT - Responsável Técnico		
<input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> AT						AT - Assistente Técnico		
<input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> FS				SEM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		FS - Farmacêutico Substituto		
<input type="checkbox"/> Outros Vínculos <input type="checkbox"/> Outros Vínculos						Outros Vínculos - Profissional não será RT, AT ou FS		
Nome				CPF:		CRF/CE n.º		
Endereço:								
E-mail:				Telefones				
Horário de trabalho								
Segunda:		Terça	Quarta	Quinta		Sexta	Sábado	
2- ALTERAÇÃO REQUERIDA: 1.1 - De FUNÇÃO do farmacêutico:				1.2 - De HORÁRIO do farmacêutico:		LEGENDA:		
De: <input type="checkbox"/> Para: RT <input type="checkbox"/>				COM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		RT - Responsável Técnico		
<input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> AT						AT - Assistente Técnico		
<input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> FS				SEM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		FS - Farmacêutico Substituto		
<input type="checkbox"/> Outros Vínculos <input type="checkbox"/> Outros Vínculos						Outros Vínculos - Profissional não será RT, AT ou FS		
Nome				CPF:		CRF/CE n.º		
Endereço:								
E-mail:				Telefones				
Horário de trabalho								
Segunda:		Terça	Quarta	Quinta		Sexta	Sábado	
3- ALTERAÇÃO REQUERIDA: 1.1 - De FUNÇÃO do farmacêutico:				1.2 - De HORÁRIO do farmacêutico:		LEGENDA:		
De: <input type="checkbox"/> RT Para: <input type="checkbox"/> RT				COM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		RT - Responsável Técnico		
<input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> AT						AT - Assistente Técnico		
<input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> FS				SEM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		FS - Farmacêutico Substituto		
<input type="checkbox"/> Outros Vínculos <input type="checkbox"/> Outros Vínculos						Outros Vínculos - Profissional não será RT, AT ou FS		
Nome				CPF:		CRF/CE n.º		
Endereço:								
E-mail:				Telefones				
Horário de trabalho								
Segunda:		Terça	Quarta	Quinta		Sábado	Domingo	

DECLARAMOS verdadeiras as informações prestadas e estamos cientes de que a omissão ou declaração falsa configura-se “crime de falsidade ideológica”, previsto no Art 299 do Código Penal Brasileiro e que teremos de informar ao CRF-CE sobre mudanças de endereço, responsabilidade profissional, contratual e outras que ocorrerem, conforme previsto na legislação.
Estamos cientes que incorreremos em infração aos dispositivos legais Lei 3.820/60; Lei 5.991/73; Lei 6437/77; Decretos Federais 74.170/74; 85.878/8, Código de Ética da Profissão Farmacêutica e outros pertinentes, em caso de descumprimento as normas legais e temos conhecimento que em caso de rescisão do contrato de trabalho a responsabilidade técnica só se concretizará após a data do protocolo no CRF-CE do requerimento de baixa de responsabilidade técnica e entrega da Certidão de Regularidade Técnica ao CRF-CE.

Assinatura Diretor-Técnico

Assinatura Assistente Técnico 1

Assinatura do proprietário ou representante legal

Assinatura Assistente Técnico 2