



Conselho Regional de Farmácia do Estado do Piauí - CRF - PI
Rua Professor Nódgi Nogueira, 4193, Bairro Ininga
Teresina – Piauí - 64048-465
Tel.: (86) 3222 8480 - Fax (86) 3223 8999
www.crfpi.org.br

SOLICITAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

O PROFISSIONAL _____ CRF/PI Nº _____
RESIDENTE E DOMICILIADO À _____
BAIRRO _____ MUNICÍPIO _____ E-MAIL _____
CEP _____ FONE _____, VEM REQUERER A RESPONSABILIDADE
TÉCNICA PELA FIRMA _____
NOME DE FANTASIA _____ E-MAIL _____
ENDEREÇO _____ CIDADE _____
BAIRRO _____ CEP _____
CNPJ _____ INSC. ESTADUAL _____
FONE _____ FAX _____
HORÁRIO DE FUNC. DAS _____ ÀS _____ E DE _____ ÀS _____

CONTATO APÓS PLENÁRIA: () E-MAIL () TELEFONE () FAX

FIRMO O PRESENTE TERMO PERANTE O CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PIAUÍ E, NO CUMPRIMENTO DO DEVER PROFISSIONAL, **DECLARO**, SOB PENA DAS SANÇÕES PERTINENTES, QUE PRESTAREI EFETIVA ASSISTÊNCIA TÉCNICA DIÁRIA AO ESTABELECIMENTO ACIMA NO **HORÁRIO DE _____ ÀS _____ E DE _____ ÀS _____ HORAS** DO QUAL ASSUMO A RESPONSABILIDADE TÉCNICA E DEMAIS COMPROMISSOS PARA COM O CRF/PI DE ACORDO COM O QUE DISPÕEM AS **LEIS 3.820/60 E 5.991/73 E O CÓDIGO DE ÉTICA DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA** E FICO CIENTE DE QUE INCORREREI EM INFRAÇÃO AOS DISPOSITIVOS LEGAIS E REGULAMENTARES CITADOS SE NÃO PRESTAR ASSISTÊNCIA AO ESTABELECIMENTO, NO HORÁRIO PREVISTO NESTE TERMO.

DECLARO, OUTROSSIM, QUE PELOS MEUS SERVIÇOS TÉCNICOS PROFISSIONAIS NÃO RECEBEREI SALÁRIO INFERIOR AO SALÁRIO ÉTICO E QUE TENHO CONHECIMENTO DE QUE NO CASO DE RESCISÃO DE CONTRATO DE TRABALHO A PRESENTE RESPONSABILIDADE TÉCNICA SÓ SE CONCRETIZARÁ APÓS A DATA DO PROTOCOLO NO CRF/PI DO REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E ENTREGA DA **CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA** A ESTE CONSELHO.

_____, _____ de _____ de _____

Farmacêutico(a)