



CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE
PERNAMBUCO
Rua Amélia, 50 - Espinheiro - 52020-150 - Recife/PE
PABX: (81) 3426-8540 | CNPJ: 09.822.982/0001-71
www.crfpe.org.br | crfpe@crfpe.org.br

Protocolo N° _____
 Data ____/____/____

REQUERIMENTO ALTERAÇÃO HORÁRIO ASSISTÊNCIA

O(a) Farmacêutico(a): _____ CRF/PE: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Município: _____ CEP: _____ - Fone: _____ E-mail: _____

Vem requerer alteração no horário de assistência

Para o seguinte **horário de assistência**:

SEG _____ às _____ e _____ às _____ TER _____ às _____ e _____ às _____
 QUA _____ às _____ e _____ às _____ QUI _____ às _____ e _____ às _____
 SEX _____ às _____ e _____ às _____ SAB _____ às _____ e _____ às _____
 DOM _____ às _____ e _____ às _____
 Escala _____ Ciência do Profissional _____

Plantonista
Regime: _____ (Ex.: 12x60)
Turno: _____ (Diurno/Noturno)
Data do último plantão: _____/_____/_____

Junto ao estabelecimento:

CRF/PE: _____ Razão Social: _____ CNPJ: _____/_____-_____
 Nome Fantasia: _____ Fone: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____
 Município: _____ CEP: _____ - _____

Cujo proprietário/representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que o horário de funcionamento é:

SEG _____ às _____ e _____ às _____ TER _____ às _____ e _____ às _____
 QUA _____ às _____ e _____ às _____ QUI _____ às _____ e _____ às _____
 SEX _____ às _____ e _____ às _____ SAB _____ às _____ e _____ às _____
 DOM _____ às _____ e _____ às _____

_____, ____ de _____ 20____

_____ Farmacêutico CRF-PE (_____)	_____ Proprietário/Representante Legal	_____ Depto. de Fiscalização CRF-PE
_____ Presidente do CRF-PE		



CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Rua Amélia, 50 - Espinheiro - 52020-150 - Recife/PE
PABX: (81) 3426-8540 | CNPJ: 09.822.982/0001-71
www.crfpe.org.br | crfpe@crfpe.org.br

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Profissional Farmacêutico (a):

Nome: _____ CRF/PE: _____

Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais:

I. Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço: _____ CEP: _____ - _____

Bairro: _____ Fone: _____ Cargo/Função: _____

Horário de Trabalho:

SEG _____ às _____ e _____ às _____ TER _____ às _____ e _____ às _____

QUA _____ às _____ e _____ às _____ QUI _____ às _____ e _____ às _____

SEX _____ às _____ e _____ às _____ SAB _____ às _____ e _____ às _____

DOM _____ às _____ e _____ às _____

II. Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço: _____ CEP: _____ - _____

Bairro: _____ Fone: _____ Cargo/Função: _____

Horário de Trabalho:

SEG _____ às _____ e _____ às _____ TER _____ às _____ e _____ às _____

QUA _____ às _____ e _____ às _____ QUI _____ às _____ e _____ às _____

SEX _____ às _____ e _____ às _____ SAB _____ às _____ e _____ às _____

DOM _____ às _____ e _____ às _____

III. Razão Social: _____

Nome Fantasia: _____

Endereço: _____ CEP: _____ - _____

Bairro: _____ Fone: _____ Cargo/Função: _____

Horário de Trabalho:

SEG _____ às _____ e _____ às _____ TER _____ às _____ e _____ às _____

QUA _____ às _____ e _____ às _____ QUI _____ às _____ e _____ às _____

SEX _____ às _____ e _____ às _____ SAB _____ às _____ e _____ às _____

DOM _____ às _____ e _____ às _____

Não exerço outras atividades profissionais ou análogas. Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no Código de Ética da Profissão Farmacêutica, bem como me comprometo a comunicar ao CRF/PE sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Em, _____ de _____ 20____

Assinatura do Farmacêutico CRF-PE (_____)