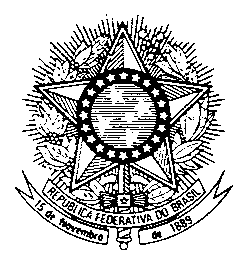
**CONSELHO FEDERAL FARMÁCIA**



**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 | secretaria@crfpe.org.br**

Protocolo Nº\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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**:

**Plantonista**

Regime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ex.: 12x60)

Turno: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Diurno/Noturno)

Data do último plantão:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_

Onde deseja receber a Certidão de Regularidade?

SEDE ( ) SUBSEDE CARUARU ( ) SUBSEDE GARANHUNS ( ) SUBSEDE PETROLINA ( ) SUBSEDE SERRA TALHADA ( )

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_**

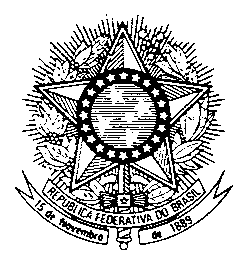
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 | secretaria@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 (\_\_\_\_\_\_)**