



**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**:

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 \_\_\_\_\_

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 (\_\_\_\_\_)