



### ANEXO I

#### Declaração de Atividade Profissional – DAP (Eventual)

Dr. (a) \_\_\_\_\_, farmacêutico (a) regulamente inscrito(a) sob o número \_\_\_\_\_, habilitado na forma da lei, residente no endereço \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, declaro para fins de substituição eventual ao estabelecimento com registro no CRF-PR sob o número \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, com Razão Social \_\_\_\_\_, Nome Fantasia \_\_\_\_\_, localizado no endereço \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado do Paraná, que exercerei atividade técnica profissional no período e horários \_\_\_\_\_, e ( ) Plantões, possuindo vínculo trabalhista ( ) pela CLT, ( ) Contrato particular de trabalho, com remuneração de R\$ \_\_\_\_\_, ( ) sócio com \_\_\_\_\_% das cotas, ou \_\_\_\_\_.

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF-PR e, em cumprimento ao dever profissional, que prestarei efetiva assistência técnica na forma declarada, e demais obrigações para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei n. 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, em especial ao Código de Ética da Profissão Farmacêutica e legislações complementares, ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no artigo n. 299 do Código Penal (falsidade ideológica).

Declaro ter conhecimento que devo informar ao CRF-PR o término da presente atividade e regularizar imediatamente esta responsabilidade técnica, preenchendo os documentos específicos, no caso de a mesma tornar-se definitiva junto a este estabelecimento, sob pena de responsabilidade profissional.

Declaro ainda que:

( ) Não exerço outras atividades profissionais, quaisquer, inclusive diversas à profissão;

( ) Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários:

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

*Assinatura, ou eletronicamente por senha pessoal*

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico Substituto Eventual



Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_,  
Farmacêutico Diretor/Responsável Técnico do estabelecimento, declaro ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico acima nominado, inclusive seus horários e forma de trabalho, assumindo o compromisso em dar ciência ao representante legal do estabelecimento, afixar junto à Certidão de Regularidade expedida pelo CRF-PR cópia desta DAP e, se necessário, a escala de plantões em que o colega exercerá atividades profissionais, sob pena de, na omissão, incorrer em infração disciplinar.

*Assinatura, ou eletronicamente por senha pessoal*

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico Diretor (a) Técnico (a)

*Nota I - Este documento será válido somente para os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRF-PR, devendo ser protocolado com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas úteis junto ao CRF-PR, e deverá uma via ou protocolo eletrônico ficar em local público e visível, juntamente com a escala, se cabível e Certidão de Regularidade.*

*Nota II - Este documento não é válido para licenças médico/trabalhistas, onde há necessidade de ingresso de Responsabilidade Técnica, ou se inferior à 30 dias, para o qual deverá ser usado o Anexo II.*

*Nota III – Para registro de DAP para substituição Eventual, é obrigatório a apresentação de contrato de trabalho, pessoalmente ou anexado eletronicamente ao sistema CRF em Casa, sob pena de desconhecimento e indeferimento imediato do requerimento.*