



ANEXO II

Declaração de Atividade Profissional – DAP

- () Substituição Temporária
() Permuta de Horário exclusivamente no mesmo Estabelecimento

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 temporária ao estabelecimento com registro ao 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 de ___/___/___ a ___/___/___ (Máximo de trinta dias), nos horários _____

_____ ,
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).

Outrossim informo que foi dado conhecimento das atividades desenvolvidas, inclusive horários e forma de trabalho ao Farmacêutico Diretor/Responsável Técnico e representante legal do estabelecimento, assumindo o compromisso de afixar junto à Certidão de Regularidade do CRF-PR, cópia do protocolo de DAP pela plataforma CRF em Casa, e se necessário a escala de plantões em que será exercida as atividades profissionais no estabelecimento, sob pena de, na omissão, incorrer em infração disciplinar.

Declaro ainda que:

- () Não exerço outras atividades profissionais, quaisquer, inclusive diversas à profissão;
() Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários:



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ – CRF-PR
RUA PRESIDENTE RODRIGO OTÁVIO, 1296 – HUGO LANGE – CURITIBA – PR
CEP 80040-452 – Fone/Fax: (41) 3363-0234
E-mail: crfpr@crf-pr.org.br

Sítio: www.crf-pr.org.br

Por fim, assumo o compromisso que deverei regularizar imediatamente esta responsabilidade técnica junto ao CRF-PR, preenchendo os documentos específicos, no caso de a mesma tornar-se definitiva junto a este estabelecimento, sob pena de responsabilidade profissional.

_____, _____ de _____ 20 _____.

Assinatura, ou eletronicamente por senha pessoal

Farmacêutico Substituto Temporário

Nota I - Este documento será válido somente para os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRF-PR, devendo ser protocolado se pessoalmente com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas úteis junto ao CRF-PR, ou anterior ao início da atividade se por acesso pessoal remoto, 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.