FORMULÁRIO Nº 17

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

REQUERIMENTO DE DUPLA OU MÚLTIPLAS RESPONSABILIDADES TÉCNICAS

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do **PROFISSIONAL**:

Nome:			Nº CRF-PF:
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Celular:	E-mail:	

Dados do **ESTABELECIMENTO** onde requer a dupla/ tripla responsabilidade técnica/ substituto:

			Nº CRF-PJ:
Razão Social:			
Nome Fantasia:		CNPJ:	
Ramo de Atividade:			
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	E-mail:	

FUNCIONAMENTO:

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SÁBADO		
DOMINGO		

ASSISTÊNCIA:

	Entrada	Saída	1° Intervalo		2° Intervalo	
SEGUNDA						
TERÇA						
QUARTA						
QUINTA						
SEXTA						
SÁBADO						
DOMINGO						

Obs.:

Tempo de locomoção:	
Tipo de transporte:	

, de de

Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do farmacêutico

Carimbo e /ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário

Atualizado em 30/10/2019

Dados do **ESTABELECIMENTO** onde já é responsável técnico/ substituto:

Razão Social:			Nº CRF-PJ:
Nome Fantasia:	Ramo de Atividade:		
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
Cep:	Fone:	E-mail:	

FUNCIONAMENTO:

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SÁBADO		
DOMINGO		

ASSISTÊNCIA:

	Entrada	Saída	1° Intervalo		2° Intervalo	
SEGUNDA						
TERÇA						
QUARTA						
QUINTA						
SEXTA						
SÁBADO						
DOMINGO						

Obs.:

Dados do **ESTABELECIMENTO** onde já é responsável técnico/ substituto:

Razão Social:			Nº CRF-PJ:
Nome Fantasia:	Ramo de Atividade:		
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	E-mail:	

FUNCIONAMENTO:

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SÁBADO		
DOMINGO		

ASSISTÊNCIA:

	Entrada	Saída	1° Intervalo		2° Intervalo	
SEGUNDA						
TERÇA						
QUARTA						
QUINTA						
SEXTA						
SÁBADO						
DOMINGO						

Obs.:

, de de

Cidade Dia Mês Ano

Documentos conferidos por:

Assinatura do farmacêutico

Carimbo e / ou nome legível

Assinatura do funcionário

Atualizado em 30/10/2019