

# 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/TRIPLA

**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:    |        |

### Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Pedido de Dupla Responsabilidade / Substituto

Pedido de Tripla Responsabilidade / Substituto

### 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 | 1º Intervalo |  | 2º 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:         |
| _____<br>Assinatura do funcionário |

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 | 1º Intervalo |  | 2º 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 | 1º Intervalo |  | 2º Intervalo |  |
|---------|---------|-------|--------------|--|--------------|--|
| SEGUNDA |         |       |              |  |              |  |
| TERÇA   |         |       |              |  |              |  |
| QUARTA  |         |       |              |  |              |  |
| QUINTA  |         |       |              |  |              |  |
| SEXTA   |         |       |              |  |              |  |
| SÁBADO  |         |       |              |  |              |  |
| DOMINGO |         |       |              |  |              |  |

Obs.:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_  
 Cidade Dia Mês Ano

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do farmacêutico

\_\_\_\_\_  
 Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

\_\_\_\_\_  
 Assinatura do funcionário