

Declaração de Atividade Profissional-DAP

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 atividade junto ao estabelecimento nº de cadastro no CRF/MG: \_\_\_\_\_, com Razão Social \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, localizado no endereço \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_ que exercerei atividade técnica profissional, conforme documentação comprobatória anexa, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. Observação: limitado a 30 (trinta) dias.  
Substituindo o farmacêutico(a) \_\_\_\_\_ CRF/MG \_\_\_\_\_  
Horário de trabalho: \_\_\_\_\_.

**OBS. Em anexo envio cópia do vínculo empregatício com a empresa e ou estabelecimento.**

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRFMG e, em cumprimento ao dever profissional, declaro que prestarei efetiva assistência técnica na forma declarada, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei Federal nº 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 299 do Código Penal (falsidade ideológica). Declaro ainda ter conhecimento que deverei informar ao CRFMG o término da presente atividade, quando a mesma não for declarada temporária, sob pena de responsabilidade profissional. Declaro ainda que:

- ( ) Não exerço outras atividades profissionais (quaisquer, inclusive aulas) ou outra diversa;  
( ) Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários:

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

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

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico contratado

\_\_\_\_\_  
Representante legal estabelecimento

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 de afixar junto a Certidão de Regularidade do CRF/\_\_\_\_, cópia desta DAP e, se necessário, a escala de plantões em que o colega exercerá atividades profissionais no estabelecimento, sob pena de, na omissão, incorrer em infração disciplinar.

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

Este documento será válido somente para os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRFMG, devendo ser protocolado com antecedência junto ao CRF e deverá uma via ficar em local público e visível, juntamente com a Certidão de Regularidade. Este documento não é válido para licenças médico/trabalhistas, onde há necessidade de ingresso de Responsabilidade Técnica.