



**REQUERIMENTO DE DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL – PERMUTA**  
**Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados - \*Campos de preenchimento obrigatório**

ILMO SR. PRESIDENTE

Eu, farmacêutico:

Nome\* :  \*CRF-PR nº:

E-mail\* :  Celular\*: DDD

Declaro para fins de atividade no Estabelecimento a seguir:

Nome Fantasia\*:

Razão Social \*

CNPJ\*:  Município de:

que exercerei atividade técnica profissional, conforme documentação comprobatória, no período\* de / /  a / / , em permuta de responsabilidade ao farmacêutico abaixo,

onde ambos possuem Responsabilidade técnica apenas no estabelecimento

Nome\* :  \*CRF-PR nº:

E-mail\* :  Celular\*: DDD

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF-PR, e, em cumprimento ao dever profissional, declaramos que prestaremos efetiva assistência técnica nas formas declaradas, e demais compromissos para com a profissão farmacêutica, de acordo com o que dispõe a Lei Federal 3.820/60 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 CRF-PR o término da presente atividade, quando a mesma for antecipada, e, que o farmacêutico com quem ora efetuo a permuta, **possui pleno conhecimento e está de acordo com esse ato**, sob pena de responsabilidade profissional, inclusive processo ético disciplinar.

Declaro ainda, para os devidos fins que:

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

Cidade:  Data  Mês  Ano

**NOTA:**

A DAP PERMUTA é válida apenas para permuta entre os farmacêuticos efetivos, por motivos pessoais, realização de cursos em horários de trabalho, consultas e tratamentos de saúde, atividades familiares ou escolares temporárias, dentre outros, **limitados à 30 (trinta) dias contínuos**, desde que **regular o estabelecimento**.

Os farmacêuticos, não poderão possuir outra atividade em horário conflitante ao que pretendem executar, sob pena de infração ética-disciplinar e demais cominações legais;

Cabe ao **farmacêutico requerente, dar ciência** ao Diretor Técnico e ao Representante Legal do estabelecimento, e ainda, ao farmacêutico que ora efetua a permuta, para averiguarem no acesso restrito pela Ferramenta **CRF-PR em Casa** do estabelecimento, a regularidade do procedimento efetuado pelo mesmo, e, que o estabelecimento deverá estar e permanecer regular no período;

A DAP Permuta deverá ser protocolada **preferencialmente** com 24 horas de antecedência, não sendo impeditivo em casos de **urgência e emergência** ser efetuado no início da atividade;

A DAP Permuta será **cancelada** sempre que ocorrer alguma baixa de RT de algum farmacêutico fixo do estabelecimento (D.T. ou A.T. ou Substituto);

Devo deixar visível ao público e fiscalização, o documento de DAP, o respectivo protocolo e a escala de trabalho se envolverem plantões ou folgas.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO PROFISSIONAL  
REQUERENTE DA DAP PERMUTA**