



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA  
SETOR DE CADASTRO  
FORMULÁRIO OFICIAL

**Declaração de Atividade Profissional – DAP**

Dr.(a) \_\_\_\_\_, farmacêutico(a) regularmente inscrito(a) sob o número \_\_\_\_\_, habilitado na forma da lei, residente no endereço \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento com Razão Social \_\_\_\_\_, Nome Fantasia \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, localizado no endereço \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, que exercerei atividade técnica profissional, conforme documentação comprobatória anexa, no período de \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

Observação: Limitado ao prazo de 30 dias.

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF/\_\_\_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 CRF/\_\_\_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 do 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 CRF-\_\_\_, 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.*