



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

**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL – DAP**  
**(Resolução 701/2021)**

Ilmo. Sr. Presidente do

Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia – CRF-BA

Eu, \_\_\_\_\_,  
farmacêutico (a) regulamente inscrito(a) sob o número \_\_\_\_\_, declaro para fins de atividade junto  
ao \_\_\_\_\_ estabelecimento com \_\_\_\_\_ razão social \_\_\_\_\_,

Nome Fantasia \_\_\_\_\_, registro no CRF-BA nº \_\_\_\_\_  
CNPJ \_\_\_\_\_, que exercerei atividade técnica profissional,  
**conforme documentação comprobatória** anexa, no período de:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_. **(Não ultrapassar a 30 dias).**

**Horários de Assistência Técnica:**

Segunda: \_\_\_\_ as \_\_\_\_ / \_\_\_\_ as \_\_\_\_\_. Terça: \_\_\_\_ as \_\_\_\_ / \_\_\_\_ as \_\_\_\_\_.

Quarta: \_\_\_\_ as \_\_\_\_ / \_\_\_\_ as \_\_\_\_\_. Quinta: \_\_\_\_ as \_\_\_\_ / \_\_\_\_ as \_\_\_\_\_.

Sexta: \_\_\_\_ as \_\_\_\_ / \_\_\_\_ as \_\_\_\_\_. Sábado: \_\_\_\_ as \_\_\_\_ / \_\_\_\_ as \_\_\_\_\_.

Domingo: \_\_\_\_ as \_\_\_\_ / \_\_\_\_ as \_\_\_\_\_.

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF-BA 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 3820/1960 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-BA 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 no horário declarado acima;**

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

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico (a)