



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE RONDÔNIA – CRF/RO**

Sede Porto Velho/RO: Rua Rafael Vaz e Silva, 2553, Liberdade CEP 76.803-890 (69) 3224.2484/3221.5962  
E-mail CRF: [fiscalizacao@crf-ro.org.br](mailto:fiscalizacao@crf-ro.org.br) / [seccionalcacoal@crf-ro.org.br](mailto:seccionalcacoal@crf-ro.org.br) - Site: [www.crf-ro.org.br](http://www.crf-ro.org.br)

**DECLARAÇÃO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL - DAP  
(SUBSTITUTOS OU PLANTONISTAS)**

**\*DOCUMENTO LIMITADO A 30 DIAS**

Dr. (a) \_\_\_\_\_, farmacêutico (a) regulamente inscrito(a) sob o número \_\_\_\_\_ CRF-RO, habilitado na forma da lei, residente no endereço \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado de Rondônia, declaro para fins de atividade junto ao estabelecimento com Razão Social \_\_\_\_\_, Nome Fantasia \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, localizado no endereço \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado de RO, que exercerei atividade técnica profissional de:

**( ) farmacêutico substituto ( ) farmacêutico plantonista**

Em suplência ao farmacêutico (a) \_\_\_\_\_ CRF-RO \_\_\_\_\_ ao qual se encontra afastado (a) pelo motivo de:

( ) FÉRIAS ( ) CURSOS/CONGRESSOS ( ) CONSULTA MÉDICA/ODONTOLOGICA ( ) LICENÇA MÉDICA  
( ) EXAME MÉDICO ( ) PÓS-GRADUAÇÃO ( ) ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS ( ) VIAGEM CONGRESSO/CURSOS

O Período de afastamento será (dia(s)/hora(s)):

( ) Período fixo (dia(s)/hora(s)), sendo esse: \_\_\_\_\_

( ) Período flexível (dia(s)/hora(s)), sendo esse: \_\_\_\_\_

Nos termos acima, firmo o compromisso perante o CRF/RO 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 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 que:

( ) Não exerço outras atividades profissionais nos dias e horários declarados;  
( ) Exerço atualmente as seguintes atividades nos locais e horários:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.  
**Local : Cidade                      Dia                      Mês                      Ano**

**Farmacêutico contratado**

Eu, Dr.(a) \_\_\_\_\_, CRF-RO N° \_\_\_\_\_ farmacêutico diretor técnico do estabelecimento, declaro ter conhecimento das atividades desenvolvidas pelo farmacêutico acima denominado, inclusive seus horários e forma de trabalho, assumindo o compromisso de afixar junto a Certidão de Regularidade do CRF/RO 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.

**Diretor (a) Técnico (a)**

**Representante Legal do Estabelecimento**

*Este documento será válido somente para os horários em que o estabelecimento estiver regular perante o CRF-RO, devendo ser protocolado com antecedência de 48 horas junto ao CRF-RO e deverá uma via ficar em local público e visível, juntamente com a Certidão de Regularidade*