



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Farmácia – CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL - CRF/MS

Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível) e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta

Termo de Ciência do Representante legal/Proprietário para Substituição Temporária

Dados do farmacêutico (a) substituto:

Nome:	Nº CRF:
-------	---------

Dados do Estabelecimento e Representante legal, Proprietário(a) ou Procurador(a);

Nome Representante legal:	
Razão Social:	
Nome Fantasia:	CNPJ:

Período de substituição ____/____/____ a ____/____/____ **(Período máximo: de 30 dias)**

Declaro ter conhecimento da solicitação de substituição solicitada por meio da DAP – declaração de Atividade Profissional, protocolizada pelo(a) farmacêutico(a) relacionado no presente termo, bem como os horários de assistência declarados para substituição.

Declaro ainda ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente requerimento pode sujeitar-me-á ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” previsto no Art.299 do Código Penal Brasileiro.

Assinatura do representante legal/Proprietário

_____, _____ de _____ de 20____