



## REGISTRO DE POSTO DE COLETA

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

#### **Requerimento de Pessoa Jurídica Posto de Coleta**

Original fornecido pelo CRF, devidamente preenchido sem rasuras ou emendas e assinado.

#### **Requerimento de Responsabilidade Técnica e Termo de Compromisso do Profissional e da Empresa/Estabelecimento**

Original, fornecido pelo CRF-PB sem emendas ou rasuras, todos os campos preenchidos e devidamente assinado.

#### **Declaração de Outras Atividades**

Original, fornecido pelo CRF-PB sem emendas ou rasuras, todos os campos preenchidos e devidamente assinado.

#### **Alteração Contratual de Criação do Posto de Coleta**

Cópia registrada e autenticada

#### **CTPS**

Cópia das partes de identificação, foto, contrato de trabalho. **Obs.:** Não é necessário para firmas de propriedade de farmacêutico e que o mesmo seja o requerente da responsabilidade técnica.

#### **Carteira de Identidade Profissional**

Para anotação da RT – Apresentar quando for ser entregue a CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA.

**Taxas** Certidão de Regularidade Técnica.

**Obs.:** Ligar para o CRF-PB sobre valores.

#### **Importante:**

- Segundo a Resolução do CFF nº 521/09 de 16 de dezembro de 2009, o CRF-PB não poderá receber documentos e formulários **com rasuras, emendas ou com campos não preenchidos**.
- Os documentos a serem apresentados, quando não redigidos no idioma oficial do país deverão estar acompanhados de cópia autenticada com tradução juramentada
- Todos os campos devem ser preenchidos em letra de forma ou legível, datilografado ou digitalizado;
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados, com rasuras e complementados a caneta. (apresentar sempre vias originais);

## REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA (POSTO DE COLETA)

**Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba – CRF/PB.**

Pelo presente venho requerer o que abaixo discrimino nos termos da Lei nº 3.820/60 e Lei nº 6.839/80, Resolução 521/09 do CFF e RDC 302/05 da ANVISA:

REGISTRO DE POSTO DE COLETA DE LAB. DE ANÁLISES CLÍNICAS = CADASTRO SIMPLIFICADO.

ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

CANCELAMENTO DE REGISTRO

ALTERAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

OUTROS: (Especificar)

--

Campo de dados do **ESTABELECIMENTO SEDE:**

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome de Fantasia:		CNPJ:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
Cep:	Fone:	E-mail:	

Campo de dados do **POSTO DE COLETA:**

Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
Cep:	Fone:	E-mail:	

**Com ramo de atividade:**

<input type="checkbox"/>	LAB. A. CLÍNICAS PROPRIEDADE DE FARMACÊUTICO
<input type="checkbox"/>	LAB. A. CLÍNICAS PROPRIEDADE DE NÃO FARMACÊUTICO
<input type="checkbox"/>	OUTROS (especificar):

declara que o Presente estabelecimento funcionará nos seguintes horários:

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO						
Domingo:	Segunda:	Terça:	Quarta:	Quinta:	Sexta:	Sábado:
_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____
_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____	_____ às _____

**Observações:** Declaro ainda ter conhecimento de que a expedição da CERTIFICADÃO DE REGULARIDADE do Posto de Coleta será condicionada a situação de registro do laboratório de Análises Clínicas SEDE e do(s) Farmacêutico(s) Responsável(eis) Técnico(s).

**DOCUMENTOS ANEXADOS:**

CÓPIA DO ALVARA DE FUNCIONAMENTO (fornecido pela prefeitura Municipal)

Nestes termos, peço deferimento.

<b>Local e Data:</b> Cidade, _____, _____ / _____ / _____	Assinatura do Representante Legal
--	-----------------------------------

**ATENÇÃO:**

\* Este documento deverá ter a assinatura do Representante Legal da firma reconhecido firma em CARTÓRIO

\* Todos os campos devem ser preenchidos em letra de forma ou legível, datilografado ou digitalizado;

\* Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados, com rasuras e complementados a caneta. (apresentar sempre vias originais);

# REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO DO PROFISSIONAL E DO ESTABELECIMENTO

Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba - CRF- PB

## O(a) Profissional Farmacêutico(a):

NOME:					Nº CRF-PB:			
ENDEREÇO:								
BAIRRO:				CIDADE:			UF:	
CEP:			FONE:			E-MAIL:		

## Vem requerer:

A RESPONSABILIDADE TÉCNICA, PARA EXECER A FUNÇÃO DE:

<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO DIRETOR TÉCNICO	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO ASSISTENTE TÉCNICO
<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO SUBSTITUTO:	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO PLANTONISTA
<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO NO PERÍODO DE: _____ A _____	

A CERTIDÃO DE REGULARIDADE TÉCNICA

ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA

## Com o Seguinte Horário de Assistência Técnica:

HORÁRIO DE TRABALHO						
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às

## Junto ao ESTABELECIMENTO:

RAZÃO SOCIAL:					Nº CRF-PB/PJ:			
NOME DE FANTASIA:								
RAMO DE ATIVIDADE:					CNPJ:			
ENDEREÇO:								
BAIRRO:				CIDADE:			UF:	
CEP:			FONE:			E-MAIL:		

## Dados do REPRESENTANTE LEGAL:

NOME:								
CPF:			RG/ÓRGÃO EXP.:			ESTADO CIVIL:		
ENDEREÇO:								
BAIRRO:				CIDADE:			UF:	
CEP:			FONE:			E-MAIL:		

Cujo Proprietário/Representante Legal do Estabelecimento, abaixo assinado, **DECLARA** ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que o horário de funcionamento/dispensação de medicamentos é:

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO						
Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba e no cumprimento do dever profissional, **DECLARO**, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica ao Estabelecimento/Unidade de Saúde acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-PB de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60, 5.991/73 e 13.021/14 e Decretos 85.878/81 e 74.170/74 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica, aprovado pela Resolução 596/14 do Conselho Federal de Farmácia e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não prestar a assistência ao Estabelecimento/Unidade de Saúde, de acordo com o previsto neste termo.

**DECLARO**, ainda que:

1. Comunicarei ao CRF/PB, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas, de acordo com o § 2º do Art. 13 do Anexo I da Res. Nº 596/2014 do CFF – Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

2. Tenho ciência de que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se concretizará com a protocolização no CRF-PB, mediante a apresentação dos seguintes documentos: Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado ou comprovante de rescisão contratual. Na impossibilidade desses, declaração de próprio punho do profissional comunicando a baixa e os motivos da ausência da certidão ou da rescisão, sob pena de responsabilização ética profissional.

3. E que o prazo para comunicar ao Conselho Regional de Farmácia, o encerramento de meu vínculo profissional de qualquer natureza, independentemente de retenção de documentos pelo empregador, é de 05 (cinco) dias, de acordo com o Inciso XIII do Art. 12 do Anexo I da Res. Nº 596/2014 do CFF – Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

4. Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no Estabelecimento/Unidade de Saúde são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial;

5. Não receberei salário inferior ao Salário Ético e/ou Piso Salarial (quando houver), pelos meus serviços técnicos profissionais;

5. Declaro também, que o meu vínculo com a empresa é:

5.1  Sou Proprietário;

5.2  Sou Sócio com \_\_\_\_\_ % das cotas;

5.3  Sou Contratado (CLT);

5.3.1 E que não receberei salário inferior ao salário ético e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas (quando houver), pelos meus serviços técnicos;

5.3.2 Que receberei como remuneração pelos meus serviços técnicos profissionais, conforme se verifica na Carteira de Trabalho, a importância de: R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ), por uma jornada de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) horas semanais de trabalho.

Assim, nos termos da Lei 3.820/60, das Resoluções do CFF, comparecem a este ato de Homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF/PB, os abaixo assinados:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_  
**Local e Data:**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Farmacêutico(a)**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Prefeito/Secretário de Saúde/Diretor do Estabelecimento/Unidade de Saúde**

**ATENÇÃO:**

\* Todos os campos devem ser preenchidos em letra de forma ou legível, datilografado ou digitalizado e sem rasuras (apresentar sempre via original);

## DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Profissional Farmacêutico(a):

NOME:		Nº CRF-PB:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE:	UF:
CEP:		FONE:	E-MAIL:

Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais ou análogas:

**I – FIRMA/ESTABELECIMENTO:**

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF-PB/PJ:				
ENDEREÇO:						
BAIRRO:		CIDADE:	UF:			
CEP:		FONE:	CARGO/FUNÇÃO:			
<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>						
<b>Domingo</b>	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>	<b>Sábado</b>
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às

**II – FIRMA/ESTABELECIMENTO:**

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF-PB/PJ:				
ENDEREÇO:						
BAIRRO:		CIDADE:	UF:			
CEP:		FONE:	CARGO/FUNÇÃO:			
<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>						
<b>Domingo</b>	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>	<b>Sábado</b>
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às

**III – FIRMA/ESTABELECIMENTO:**

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF-PB/PJ:				
ENDEREÇO:						
BAIRRO:		CIDADE:	UF:			
CEP:		FONE:	CARGO/FUNÇÃO:			
<b>HORÁRIO DE TRABALHO</b>						
<b>Domingo</b>	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>	<b>Sábado</b>
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às

Não exerço outras atividades profissionais ou análogas. Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no Código de Ética da Profissão Farmacêutica, bem como me comprometo a comunicar ao CRF/PB sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Local e Data:	Assinatura do Profissional
---------------	----------------------------

**ATENÇÃO:**

\* Todos os campos devem ser preenchidos em letra de forma ou legível, datilografado ou digitalizado e sem rasuras (apresentar sempre via original); legível, datilografado ou digitalizado e sem rasuras (apresentar sempre via original);