



## ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA – ÓRGÃO PÚBLICO

### DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

#### **Requerimento de Responsabilidade Técnica e Termo de Compromisso do Profissional e da Empresa/Estabelecimento (Serviço Público)**

Original fornecido pelo CRF-PB, sem emendas ou rasuras, todos os campos preenchidos e devidamente assinado pelo Prefeito/Secretário de Saúde/Diretor da Unidade de Saúde (No requerimento, o Farmacêutico solicita assunção da RT e Certidão de Regularidade).

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

Formulário original fornecido pelo CRF-PB, sem emendas ou rasuras e devidamente assinado pelo profissional farmacêutico.

#### **Solicitação de Isenção de Taxas**

Ofício original solicitando isenção das taxas.

**Obs.:** Órgão Público é isento de taxas mediante solicitação.

#### **Portaria de Nomeação**

Cópia.

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

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

#### **Cédula de Identidade Profissional**

É **OBRIGATÓRIO A APRESENTAÇÃO DA NOVA CÉDULA DE IDENTIDADE COM CHIP**. Para se dar entrada em qualquer assunto junto ao CRF-PB

**Taxas** Isento mediante solicitação.

#### **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.

**REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO DO  
PROFISSIONAL E DO ESTABELECIMENTO  
(SERVIÇO PÚBLICO)**

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/UNIDADE DE SAÚDE:

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

Dados do PREFEITO/SECRETÁRIO DE SAÚDE/DIRETOR DO ESTABELECIMENTO OU UNIDADE DE SAÚDE:

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

Cujo Prefeito/Secretário de Saúde/Diretor Unidade, 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/DISPENSAÇÃO						
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;
6. 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);