



ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

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

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

Declaração de Outras Atividades

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

CTPS

Cópia das partes de identificação, foto, contrato de trabalho. **Obs.:** Não é necessário o 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.

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

Obs.: para que a Certidão seja entregue, é obrigatório apresentar a Carteira de Identidade Profissional para anotações.

Taxas Anotação de Responsabilidade Técnica, Certidão de Regularidade Técnica.

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

Importante

- Caso a firma esteja representada por seu procurador nas assinaturas de requerimentos e demais documentos, se faz necessário a juntada de cópia autenticada da procuração;
- Para assumir a responsabilidade técnica por **FARMÁCIA OU LABORATÓRIO INDUSTRIAL HOMEOPÁTICO**, que manipule ou industrialize o medicamento homeopático, o farmacêutico terá que comprovar ter cursado a disciplina de **HOMEOPATIA** de no mínimo 60 (sessenta) horas, no curso de graduação de farmacêutico, complementadas com estágio de no mínimo 240 (duzentos e quarenta) horas, na própria instituição de ensino superior ou em farmácias ou laboratórios industriais conveniados às instituições de ensino;
- 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**.

ATENÇÃO: Os documentos a serem apresentados, quando não redigidos no idioma oficial do país deverão estar acompanhados de cópia autenticada com tradução juramentada.

**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 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 Proprietário/Representante Legal da Firma

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: | | | |
| HORÁRIO DE TRABALHO | | | | | | |
| Domingo | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado |
| 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: | | | |
| HORÁRIO DE TRABALHO | | | | | | |
| Domingo | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado |
| 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: | | | |
| HORÁRIO DE TRABALHO | | | | | | |
| Domingo | Segunda | Terça | Quarta | Quinta | Sexta | Sábado |
| 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);