



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.

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 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.

Local e Data: 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:			
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);