



REGISTRO DE ÓRGÃO PÚBLICO COM ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Requerimento de Pessoa Jurídica (Serviço Público)

Original fornecido pelo CRF-PB, sem emendas ou rasuras, todos os campos preenchidos e devidamente assinado pelo responsável legal do Órgão Público.

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

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

Solicitação de Isenção de Taxas

Ofício original do órgão público solicitando isenção das taxas.

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

CNPJ

Cópia

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 PESSOA JURÍDICA

(SERVIÇO PÚBLICO)

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:

- REGISTRO DA UNIDADE CANCELAMENTO DE REGISTRO REATIVAÇÃO DE REGISTRO
 ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS: ENDEREÇO: HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO/DISPENSAÇÃO:
 OUTROS: (Especificar): _____

Dados do 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 DA UNIDADE:

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

RAMO DE ATIVIDADE:

<input type="checkbox"/> FARMÁCIA BÁSICA	<input type="checkbox"/> FARMÁCIA HOSPITALAR PÚBLICA E SIMILARES
<input type="checkbox"/> FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL	<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA PÚBLICA (CAF)
<input type="checkbox"/> UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (C/DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS)	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS PÚBLICO
<input type="checkbox"/> CAPS (COM DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS)	<input type="checkbox"/> INDÚSTRIA FARMACÊUTICA PÚBLICA
<input type="checkbox"/> OUTROS (especificar): _____	

E que, a referida Unidade funciona/Dispensa Medicamentos no seguinte horário:

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

Declaro ainda ter conhecimento de que:

A expedição da CERTIFIDÃO DE REGULARIDADE será condicionada a aprovação pelo CRF-PB, da responsabilidade técnica requerida pelo(s) farmacêutico(s);
A baixa da responsabilidade técnica do(s) farmacêutico(s) implicara na obrigatoriedade do requerente de no prazo de 30 (trinta) dias, contados da baixa, apresentar outro(s) farmacêutico(s) e requerer anotação no seu cadastro junto ao CRF-PB; e que o não atendimento neste prazo significara irregularidade passível de aplicação de penalidades de acordo com a Legislação Vigente.

Nestes termos, peço deferimento.

Local e Data:	Assinatura do Representante Legal
---------------	-----------------------------------

ATENÇÃO:

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

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:			
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);