

ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA = SETOR PRIVADO

1 – FORMULÁRIOS UTILIZADOS - FORNECIDOS PELO CRF-PB:

- REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO DO PROFISSIONAL E DA EMPRESA/ ESTABELECIMENTO;
- DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES;

ATENÇÃO:

- * 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 e complementados a caneta;

2 - DOCUMENTAÇÃO:

- a) REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO DO PROFISSIONAL E DA EMPRESA/ ESTABELECIMENTO (Setor Privado) – 01 Via Original – Com a Assinatura do(a) Farmacêutico(a) e do Proprietário/Sócio/ Representante Legal (No requerimento, o Farmacêutico solicita assunção da RT e Certidão de Regularidade);
- b) DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES – O profissional declara, caso possua, outras atividades profissionais ou análogas;
- c) CTPS – Cópia das partes da foto, identificação, contrato de trabalho (cópias autenticadas ou apresentar a CTPS original para conferência dos dados);
- d) CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (marrom) – Para anotação da RT;

3 – RECOLHIMENTO DE TAXAS: ANOTAÇÃO DE RT, CERTIDÃO DE REGULARIDADE;

- **OBS:** Valores de acordo com Resolução do CFF e Deliberação do CRF-PB.

4 - OBSERVAÇÕES GERAIS:

- 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;
- Para a liberação da Certidão de Regularidade, é obrigatória a apresentação da CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (MARRON), para a anotação da ART (Caso não tenha sido apresentada quando da protocolização de documentos para registro);

**REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E
TERMO DE COMPROMISSO DO PROFISSIONAL E DA EMPRESA/ESTABELECIMENTO**
(SETOR PRIVADO)

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

O(a) Profissional Farmacêutico(a):

NOME: _____	Nº CRF/PF: _____	
ENDEREÇO: _____		
BAIRRO: _____	CIDADE: _____	ESTADO (UF): _____
CEP: _____	FONE: _____	E-MAIL: _____

Vem requerer:

A RESPONSABILIDADE TÉCNICA, PARA EXERCER 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: ____/____/____ À ____/____/____	

A CERTIDÃO DE REGULARIDADE 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/PJ: _____	
NOME FANTASIA: _____		
RAMO DE ATIVIDADE: _____	CNPJ: _____	
ENDEREÇO: _____		
BAIRRO: _____	CIDADE: _____	ESTADO (UF): _____
CEP: _____	FONE: _____	E-MAIL: _____

Dados do PROPRIETÁRIO/SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL:

NOME: _____		
CPF: _____ RG/ ÓRGÃO EX.: _____	ESTADO CIVIL: _____	
ENDEREÇO: _____		
BAIRRO: _____	CIDADE: _____	ESTADO (UF): _____
CEP: _____	FONE: _____	E-MAIL: _____

Cujo proprietário/sócio/representante legal, 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 atual 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 diária à empresa 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, Decretos 85.878/81 e 74.170/74 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica aprovado pela Resolução nº 596/2014 do Conselho Federal de Farmácia e fico ciente de que incorrerei

em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não prestar assistência farmacêutica ao estabelecimento, 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 5 (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 são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial;
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/Sócio/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);

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

Profissional Farmacêutico(a):

Nome: _____ N° CRF/PJ: _____	
Endereço: _____	
Bairro: _____	Cidade: _____ Estado (UF): _____
CEP: _____	Fone: _____ E-mail: _____

Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais ou análogas:
OBS: Na jurisdição deste Regional ou de outro, caso possua uma segunda inscrição (primária ou secundária)

I – FIRMA/ESTABELECIMENTO:

Razão Social: _____ N° CRF/PJ: _____						
Endereço: _____						
Bairro: _____	Cidade: _____ Estado (UF): _____					
CEP: _____	Fone: _____ Cargo/Função: _____					
HORÁRIO DE TRABALHO						
Domingo: ____ às ____ ____ às ____	Segunda: ____ às ____ ____ às ____	Terça: ____ às ____ ____ às ____	Quarta: ____ às ____ ____ às ____	Quinta: ____ às ____ ____ às ____	Sexta: ____ às ____ ____ às ____	Sábado: ____ às ____ ____ às ____

II – FIRMA/ESTABELECIMENTO:

Razão Social: _____ N° CRF/PJ: _____						
Endereço: _____						
Bairro: _____	Cidade: _____ Estado (UF): _____					
CEP: _____	Fone: _____ Cargo/Função: _____					
HORÁRIO DE TRABALHO						
Domingo: ____ às ____ ____ às ____	Segunda: ____ às ____ ____ às ____	Terça: ____ às ____ ____ às ____	Quarta: ____ às ____ ____ às ____	Quinta: ____ às ____ ____ às ____	Sexta: ____ às ____ ____ às ____	Sábado: ____ às ____ ____ às ____

III – FIRMA/ESTABELECIMENTO:

Razão Social: _____ N° CRF/PJ: _____						
Endereço: _____						
Bairro: _____	Cidade: _____ Estado (UF): _____					
CEP: _____	Fone: _____ Cargo/Função: _____					
HORÁRIO DE TRABALHO						
Domingo: ____ às ____ ____ às ____	Segunda: ____ às ____ ____ às ____	Terça: ____ às ____ ____ às ____	Quarta: ____ às ____ ____ às ____	Quinta: ____ às ____ ____ às ____	Sexta: ____ às ____ ____ às ____	Sábado: ____ 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.

_____, _____ de _____ de 20____.
Local e Data:

Assinatura do(a) Farmacêutico(a)

ATENÇÃO:

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