

## **REGISTRO DE ESTABELECIMENTOS COM ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA = SETOR PÚBLICO**

### **1 – FORMULÁRIOS UTILIZADOS - FORNECIDOS PELO CRF-PB:**

- REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA (Setor Público);
- REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO DO PROFISSIONAL E DO ESTABELECIMENTO (Setor Público);
- 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 PESSOA JURÍDICA (Serviço Público) – 01 via original = devidamente preenchido e assinado pelo responsável legal do Órgão Público;
- b) CNPJ - 01 cópia;
- c) REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO DO PROFISSIONAL E DO ESTABELECIMENTO (Setor Público) – 01 via original = devidamente preenchido e assinado pelo Gestor/Secretário de Saúde/Diretor da Unidade de Saúde (No requerimento, o Farmacêutico solicita assunção da RT e Certidão de Regularidade);
- d) COMPROVANTE DO VINCULO EMPREGATÍCIO DO FARMACÊUTICO COM O ÓRGÃO PÚBLICO (Portaria de Nomeação, Contrato de Trabalho, etc.);
- e) CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (marrom) – para anotação da RT;
- f) REQUERIMENTO SOLICITANDO ISENÇÃO DE ANUIDADE E TAXAS;

### **3 – RECOLHIMENTO DE TAXAS: ISENTO.**

#### **ATENÇÃO:**

- Para a liberação da Certidão de Regularidade, é obrigatória a apresentação da CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (MARRON), para a anotação da RT (Caso não tenha sido apresentada quando da protocolização de documentos para registro) e, apresentar a **DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO/ AUTORIZAÇÃO PARA RECEBIMENTO POR TERCEIROS** (devidamente preenchida e assinada pelo farmacêutico Diretor Técnico);

# 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:

<input type="checkbox"/> REGISTRO DA UNIDADE	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO DE REGISTRO
<input type="checkbox"/> REATIVAÇÃO DE REGISTRO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO DE ENDER
<input type="checkbox"/> OUTROS: (Especificar): _____	

**Dados do ESTABELECIMENTO/UNIDADE DE SAÚDE:**

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF/PJ:	
NOME DA UNIDADE:			
ENDEREÇO:		CNPJ:	
BAIRRO:		CIDADE:	ESTADO (UF):
CEP:	FONE:	E-MAIL:	

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

NOME:			
CPF:		RG/ÓRGÃO EXP.	
CARGO/FUNÇÃO:			

**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 atualmente no seguinte horário:**

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) implicará 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 significará irregularidade passível de aplicação de penalidades de acordo com a Legislação Vigente.

Nestes termos, peço deferimento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Local e Data:

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Gestor/Secretário de Saúde/Diretor do  
Estabelecimento/Unidade de Saúde  
(CARIMBO)**

**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/PF: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO (UF): \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

Vem requerer:

- A RESPONSABILIDADE TÉCNICA, PARA EXERCER A FUNÇÃO DE:
- FARMACÊUTICO DIRETOR TÉCNICO:       FARMACÊUTICO ASSISTENTE TÉCNICO:
- FARMACÊUTICO SUBSTITUTO:       FARMACÊUTICO PLANTONISTA:
- FARMACÊUTICO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO, NO PERÍODO DE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Á \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- 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/UNIDADE DE SAÚDE:

RAZÃO SOCIAL: \_\_\_\_\_ Nº CRF/PJ: \_\_\_\_\_

NOME DA UNIDADE: \_\_\_\_\_

RAMO DE ATIVIDADE: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO (UF): \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

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

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG/ ÓRGÃO EXP.: \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

Cujo Gestor/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 atual 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. Receberei, como remuneração pelos meus serviços técnicos profissionais, conforme se verifica no comprovante de vínculo com o Estabelecimento/Unidade de Saúde (Portaria de Nomeação/Contrato de Trabalho/Contracheque/outros), 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 Gestor/Secretário de Saúde/  
Diretor do Estabelecimento/Unidade de Saúde  
(CARIMBO)

**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/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: \_\_\_\_\_ Nº CRF/PJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO (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/PJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO (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/PJ: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO (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.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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);