

**REGISTRO DE FIRMA COM ANOTAÇÃO DE
RESPONSABILIDADE TÉCNICA = SETOR PRIVADO**

1 – FORMULÁRIOS UTILIZADOS - FORNECIDOS PELO CRF-PB:

- REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA;
- 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 PESSOA JURÍDICA – 01 via original = devidamente preenchido e assinado pelo Proprietário/ Sócio/Representante Legal da empresa/estabelecimento;

b) CONSTITUIÇÃO DA FIRMA devidamente registrada na JUCEP = Junta Comercial (Contrato Social, Declaração de Firma Individual, etc.) – 01 via original ou 01 cópia autenticada;

ATENÇÃO:

- *Deverão ser apresentadas TODAS as Alterações Contratuais, caso tenha havido;
- *Se a última Alteração Contratual esteja CONSOLIDADA, não haverá necessidade de apresentar as intermediárias;
- *Caso a firma esteja representada por seu procurador nas assinaturas de requerimentos e demais documentos, se faz necessário à juntada de cópia autenticada da procuração;

c) REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E TERMO DE COMPROMISSO DO PROFISSIONAL E DA EMPRESA/ ESTABELECIMENTO – 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);

d) DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES – O profissional declara, caso possua, outras atividades profissionais ou análogas;

e) CNPJ e FAC - 01 Cópia;

f) CTPS – Cópia das partes da foto, identificação, contrato de trabalho (cópias autenticadas ou apresentar a CTPS original para conferência dos dados);

g) CARTEIRA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL (marrom) – Para anotação da RT;

ATENÇÃO:

- Caso a firma esteja representada por seu procurador nas assinaturas de requerimentos e demais documentos, se faz necessário à juntada de cópia autenticada da procuração;

3 – RECOLHIMENTO DE TAXAS: TAXA DE REGISTRO, ANOTAÇÃO DE RT, CERTIDÃO DE REGULARIDADE E ANUIDADE PROPORCIONAL;

- **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 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

(SETOR PRIVADO)

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 DE FIRMA CANCELAMENTO DE REGISTRO REATIVAÇÃO DE REGISTRO

ALTERAÇÃO CONTRATUAL E/OU DE DADOS CADASTRAIS:

ENDEREÇO: CAPITAL SOCIAL: SÓCIO (S): ALTERAÇÃO DE TIPO DE EMPRESA:

OUTROS: (Especificar): _____

Dados do EMPRESA/ESTABELECIMENTO:

RAZÃO SOCIAL: _____ Nº CRF/PJ: _____
NOME FANTASIA: _____
CNPJ: _____ INSC. ESTADUAL: _____ CAPITAL SOCIAL: _____
ENDEREÇO: _____
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ ESTADO (UF): _____
CEP: _____ FONE: _____ E-MAIL: _____

Dados do PROPRIETÁRIO/SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL:

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

RAMO DE ATIVIDADE:

<input type="checkbox"/> FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA	<input type="checkbox"/> OUTRAS DISTRIBUIDORAS E IMPORTADORAS
<input type="checkbox"/> FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO = ALOPÁTICA	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
<input type="checkbox"/> FARMÁCIA COM MANIPULAÇÃO = HOMEOPÁTICA	<input type="checkbox"/> OUTROS LABORATÓRIOS
<input type="checkbox"/> FARMÁCIAS HOSPITALARES E SIMILARES	<input type="checkbox"/> INDÚSTRIA FARMACÊUTICA
<input type="checkbox"/> DISTRIBUIDORA/IMPORTADORA (DE MEDIC. INS. DROGAS)	<input type="checkbox"/> OUTRAS INDÚSTRIAS (COSM. ALI. SAN.)
<input type="checkbox"/> OUTROS (especificar): _____	

EMPRESA/ESTABELECIMENTO DE PROPRIEDADE:

Farmacêutico Não Farmacêutico

E que, o referido Estabelecimento funciona 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 CERTIFICADO 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 PROPRIETÁRIO/SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL

ATENÇÃO:

* Para qualquer Alteração Contratual, a cópia deverá ser anexada a este formulário;

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

* 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 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 EXP.: _____
CARGO/FUNÇÃO: _____	

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: _____	Nº CRF/PJ: _____	
Endereço: _____		
Bairro: _____	Cidade: _____	Estado (UF): _____
CEP: _____	Fone: _____	E-mai _____

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: ____ 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: _____		Nº 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: _____		Nº 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);