



REGISTRO DE FIRMA COM ANOTAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Requerimento de Pessoa Jurídica

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

Constituição da Firma (Contrato Social, Estatuto, Declaração de Firma Individual, etc.)

01 via original ou 01 cópia autenticada - devidamente REGISTRADA NA JUCEP (Junta Comercial);

CNPJ e FAC

01 Cópia.

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.

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.

Taxas Registro de Pessoa Jurídica, Anotação de Responsabilidade Técnica ou Ficha de Filiação a ABC Farma, Certidão de Regularidade Técnica e Anuidade (proporcional).

Obs.: Ligar para o CRF-PB sobre valores.

Importante

- 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 a juntada de cópia autenticada da procuração;
- 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;
- 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**.

ATENÇÃO: Os documentos a serem apresentados, quando não redigidos no idioma oficial do país deverão estar acompanhados de cópia autenticada com tradução juramentada.

REQUERIMENTO DE PESSOA JURÍDICA

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 DE DADOS CADASTRAIS:

ENDEREÇO: CAPITAL SOCIAL: SÓCIO(S): MUDANÇA DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO:

OUTROS: (Especificar): _____

Dados do EMPRESA/ESTABELECIMENTO:

RAZÃO SOCIAL:				Nº CRF-PB/PJ:	
NOME DE FANTASIA:					
CNPJ:		INSC. ESTADUAL:		CAPITAL SOCIAL:	
ENDEREÇO:					
BAIRRO:		CIDADE:		UF:	
CEP:		FONE:		E-MAIL:	

Dados do PROPRIETÁRIO/SÓCIO/REPRESENTANTE LEGAL:

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

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 no seguinte horário:

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO						
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 CERTIFICADÃO 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.

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);

**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 _____	

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:		

O ESTABELECIMENTO É ASSOCIADO DA ABC FARMA SIM NÃO

Dados do REPRESENTANTE LEGAL:

NOME:								
CPF:			RG/ÓRGÃO EXP.:			ESTADO CIVIL:		
ENDEREÇO:								
BAIRRO:				CIDADE:			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 de funcionamento 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;
6. Declaro também, que o meu vínculo com a empresa é:
 - 6.1 Sou Proprietário;
 - 6.2 Sou Sócio com ____ % das cotas;
 - 6.3 Sou Contratado (CLT); Outro Tipo de Contrato;
- 6.3.1 E que não receberei salário inferior ao salário ético e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas (quando houver), pelos meus serviços técnicos;
- 6.3.2 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/Representante
Legal do Estabelecimento**

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);