REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA E

TERMO DE COMPROMISSO DO PROFISSIONAL E DA EMPRESA/ESTABELECIMENTO

Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Acre – CRF/AC

 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 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA |

 Com o Seguinte Horário de Assistência Técnica:

|  |
| --- |
| **HORÁRIO DE TRABALHO** |
| Domingo:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_ | Segunda:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_ | Terça:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_ | Quarta:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_ | Quinta:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_ | Sexta:\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_ | Sábado:\_\_\_\_\_\_ 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 de funcionamento é:

|  |
| --- |
| **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO** |
| Domingo:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_ | Segunda:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_ | Terça:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_ | Quarta:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_ | Quinta:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_ | Sexta:\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_ | Sábado:\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_\_\_ |

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Acre 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-AC 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/AC, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 12 (doze) a 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-AC, 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. E que não receberei salário inferior ao salário ético e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas (quando houver), pelos meus serviços técnicos;

6. Receberei, como remuneração pelos meus serviços técnicos profissionais, conforme se verifica na Carteira de Trabalho e/ou Contrato 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/AC, os abaixo assinados:

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

 **Local e Data:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Assinatura do (a) Farmacêutico (a) Assinatura do Proprietário/Sócio/Representante Legal**

**ATENÇÃO:**

**\*Formulários atualizados conforme Resolução 638/2017**

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