



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF-RJ

Formulário 6

Ilmo(a) Sr.(a) Presidente
do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro – CRF –RJ

Cat.	Processo
Nº Protocolo	
Data	
Funcionário	

Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível) e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

Neste ato, e para todos os efeitos específicos neste requerimento declaro, como TITULAR, estar ciente e de acordo em disponibilizar e autorizar o CRF/RJ, aqui denominado como CONTROLADOR, a dispor de meus dados pessoais. Os dados pessoais naturais coletados e tratados pelo CRF/RJ decorrem de uma obrigação legal prevista na Resolução CFF nº 638/2017 ou aquela que vier substituir, Lei nº 3820/1960 e artigos 5º inciso IV; 7º inciso II; 9º e 18º, todos os incisos, e 23º inciso I, todos da Lei 13709/2018 (lei Geral de Proteção de Dados-LGPD). O período de armazenamento e eliminação observarão os dispositivos na Portaria nº 1331/2021, disponível no Portal da Transparência - Atos Normativos.

REQUERIMENTO DE:

Assunção de Responsabilidade Técnica

Alteração de horário

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:			Nº CRF:		
Endereço:					Nº:
Bairro:		Cidade:		Estado:	
Fone: ()		Cel: ()		E-mail:	

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:			Nº CRF-PJ:		
Nome Fantasia:			CNPJ/CPF:		
Ramo de Atividade:					
Endereço:					
				Nº	Compl.
Bairro:		Cidade:		Estado:	
CEP:		Fone:		E-mail:	

Se Farmácia, manipula: Alopátia Homeopatia.

Caso o estabelecimento manipule apenas alopátia e passe a manipular fórmulas homeopáticas, o (s) farmacêutico (s) e representante legal abaixo assinado comprometem-se a comunicar ao CRF-RJ, bem como comprovar a especialização do profissional de acordo com as Resoluções do CFF.

DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

	Funcionamento Firma		PLANTÃO:	Assistência Farmacêutica		
	Horário de Abertura	Horário de Fechamento		Horário de Entrada	Intervalo	Horário de Saída
SEGUNDA			SEGUNDA			
TERÇA			TERÇA			
QUARTA			QUARTA			
QUINTA			QUINTA			
SEXTA			SEXTA			
SÁBADO			SÁBADO			
DOMINGO			DOMINGO			

OBS:

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro e no cumprimento do dever profissional, DECLARO que prestarei efetiva assistência técnica ao estabelecimento de saúde acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-RJ de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60, 5.991/73 e 13.021/14, Decretos 74.170/74 e 85.878/81, além do Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos diplomas citados se não prestar assistência ao estabelecimento no horário previsto neste termo. DECLARO ainda que tenho ciência que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se contretizará mediante protocolo neste regional, que informarei ao CRF-RJ, quaisquer alterações em meu horário de assistência e/ou da declaração de vínculos profissionais. O representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeita-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro. Assim, nos termos da Lei 3.820/60 e das suas resoluções do Conselho Federal de Farmácia, comparecem a este ato de homologação e de Responsabilidade Técnica junto ao CRF-RJ, os abaixo assinados:

Rio de Janeiro, ____/____/____

Assinatura do sócio / representante legal

Assinatura do Farmacêutico