



Formulário C							____/____/____ Atendimento nº _____					
Solicitação de Responsabilidade/Assistência Técnica + DOF (Declaração de Outros Farmacêuticos)							Protocolo nº _____ PJ _____					
							Local _____			Funcionário _____		
Dados do PROFISSIONAL							Nº do CRF-RS: _____					
Nome: _____							CPF: _____					
Dados do ESTABELECIMENTO							Nº do CRF-RS: _____					
Razão Social: _____							CNPJ: _____					
Endereço: _____							Nº: _____			Compl.: _____		
Bairro: _____				Município: _____								
E-mail: _____												
REQUERIMENTO de: <input type="checkbox"/> Responsabilidade Técnica <input type="checkbox"/> Assistência Técnica												
Horário de Funcionamento do ESTABELECIMENTO							Horário do FARMACÊUTICO					
Dias	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída	Entrada	Saída
Segunda												
Terça												
Quarta												
Quinta												
Sexta												
Sábado												
Domingo												
Havendo assistência farmacêutica em regime de escala, deverá ser anexada a esse formulário uma declaração assinada pelos farmacêuticos partícipes dessa escala, citando seus horários e dias de efetivo expediente.												
Forma de retirada da Certidão de Regularidade Técnica												
<input type="checkbox"/> Impressa no link http://farmasis.com.br/cr , disponível imediatamente após o deferimento.												
<input type="checkbox"/> Enviar via postal												
<input type="checkbox"/> Encaminhar para retirada na:												
<input type="checkbox"/> Seccional Lajeado				<input type="checkbox"/> Sede (Porto Alegre)				<input type="checkbox"/> Seccional Caxias do Sul				
<input type="checkbox"/> Seccional Santa Maria				<input type="checkbox"/> Seccional Passo Fundo				<input type="checkbox"/> Seccional Pelotas				
				<input type="checkbox"/> Seccional Santo Ângelo				<input type="checkbox"/> Seccional Uruguaiana				

Estão cientes de que a função de Farmacêutico e a Responsabilidade / Assistência Técnica são indelegáveis e caracterizam-se, além da aplicação de conhecimentos técnicos, completa autonomia técnico-científica, conduta elevada que se enquadre dentro dos padrões éticos que norteiam a profissão, e atendimento como parte diretamente responsável perante as autoridades sanitárias e profissionais. A omissão ou declaração falsa no presente documento sujeitará a ação criminal pelo crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro (Resolução CFF 648/17).

Declaramos ter ciência de que caso haja pendências na análise dos Protocolos/Atendimentos, os mesmos serão informados através do e-mail cadastrado pela empresa junto ao CRF-RS, devendo a mesma regularizar-se no prazo máximo de 10 dias do recebimento do e-mail, sob pena de arquivamento do protocolo e do Custo de Serviço.

Local e data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal do Estabelecimento

Assinatura do Farmacêutico

Obs.: a assinatura deverá ser autenticada em uma das seguintes modalidades: anexar cópia de documento de identidade oficial com foto (RG, CNH, etc.), autenticar em cartório ou apostar assinatura na presença de um atendente CRF-RS.



DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

<input type="checkbox"/>	Não exerço qualquer outra atividade além daquelas onde já consto na Certidão de Regularidade do CRF-RS.
<input type="checkbox"/>	Exerço atividade no(s) seguinte(s) local(is):
	Razão Social: _____
	Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
	Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
	Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
	Cargo/ Função: _____
	Horário de trabalho: _____
	Razão Social: _____
	Registro no CRF/RS (caso tenha) : _____ CNPJ: _____
	Endereço : (Rua/ Av) _____ Nº _____ Complemento : _____
	Bairro : _____ Município: _____ CEP: _____
	Cargo/ Função: _____
	Horário de trabalho: _____

O farmacêutico requerente DECLARA que:

- Está ciente de que o cumprimento da assistência farmacêutica nos horários declarados é condição de regularidade aos dispositivos legais e regulamentares da Profissão;
- Prestará efetiva assistência técnica ao estabelecimento do qual possui a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/RS de acordo com o que dispõe a legislação profissional em vigor e fica ciente de que incorrerá em infração aos dispositivos legais e regulamentares se não prestar assistência ao estabelecimento no horário descrito nesta Solicitação;
- Não receberei salário inferior ao regulamentar pelos serviços técnicos profissionais;
- Em caso de ausência, comunicarei ao CRF/RS o afastamento dentro do acesso restrito, até 12 horas antes da ausência (Resolução CFF nº 596/14);
- Tenho ciência que **havendo desligamento** da responsabilidade/assistência técnica, essa **baixa deverá ser protocolada junto ao CRF-RS**, sob pena de responsabilização ético-profissional (Resolução CFF 648/17). Licenças superiores há 30 dias também devem ser protocoladas junto ao CRF-RS.

Assinatura do Farmacêutico

Declaro que o estabelecimento:	<input type="checkbox"/>	não possui outros farmacêuticos , além do Responsável Técnico/Assistente Técnico
	<input type="checkbox"/>	exerce(m) atividade(s) no estabelecimento o(s) seguinte(s) farmacêutico(s):
1 - Nome: _____		CRF-RS: _____
Função: _____		Horário de trabalho: _____
2 - Nome: _____		CRF-RS: _____
Função: _____		Horário de trabalho: _____
3 - Nome: _____		CRF-RS: _____
Função: _____		Horário de trabalho: _____
4 - Nome: _____		CRF-RS: _____
Função: _____		Horário de trabalho: _____
5 - Nome: _____		CRF-RS: _____
Função: _____		Horário de trabalho: _____
Declaramos ter ciência que a omissão de informação e ou declaração que não expresse a verdade poderá incorrer em irregularidade administrativa e, se necessário, encaminhamento à autoridade competente.		

DECLARAÇÃO DOS PROFISSIONAIS QUE PERMANECEM NO ESTABELECIMENTO SEM ALTERAÇÕES DE DADOS
(Profissional que já consta como responsável ou assistente técnico)

Declaramos, sob pena das sanções cíveis, administrativas e criminais cabíveis, que os horários e hierarquias dos profissionais citados abaixo, **permanecem inalterados**, conforme declarados na última solicitação, do qual assumiram a **responsabilidade ou assistência técnica** e demais compromissos para com o CRF/RS, de acordo com o que dispõe a Lei 3.820/60, Decreto 85878/81, Código de Ética da profissão farmacêutica, bem como da legislação sanitária vigente.

1 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
2 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
3 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
4 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
5 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
6 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
7 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
8 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
9 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____
10 - Nome completo: _____	CRF-RS: _____	Assinatura: _____

*Havendo alteração de horário de funcionamento do estabelecimento, todos os profissionais que já constam como responsável ou assistente técnico precisam enviar o formulário C.
 **Caso farmacêutico, que já conste como responsável ou assistente técnico, altere dados de horários ou hierarquia, deverá encaminhar o seu formulário C.