



<b>Formulário F</b> <b>Formulário Simplificado (sem alterações)</b>		___/___/___ Atendimento nº _____	
		Protocolo nº _____ PJ _____	
		Local _____	Funcionário _____
<b>Dados do PROFISSIONAL</b>		Nº do CRF-RS: _____	
Nome: _____		CPF: _____	
<b>Dados do ESTABELECIMENTO</b>		Nº do CRF-RS: _____	
Razão Social: _____		CNPJ: _____	
Endereço: _____		Nº: _____	Compl.: _____
Bairro: _____	Município: _____		
<b>Termo de Compromisso</b>			
DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que os dados cadastrais do profissional e do estabelecimento, além dos horários da Responsabilidade / Assistência Técnica diária e de Outros Farmacêuticos, permanecem inalterados, conforme declarado na última solicitação, do qual assumi a Responsabilidade/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.			
<b>Campo OBRIGATÓRIO para Drogeria ou Farmácia.</b> A pessoa jurídica declara que:			
<input type="checkbox"/> não é associada a ABCFarma.			
<input type="checkbox"/> é associada a ABCFarma (necessário anexar comprovação da associação a ABCFARMA), e não solicita a expedição da certidão de regularidade.			
<input type="checkbox"/> é associada a ABCFarma (necessário anexar comprovação da associação a ABCFARMA), mas solicita a expedição da certidão de regularidade, uma vez que é de interesse da empresa a obtenção da referida certidão, declarando ter plena ciência e renunciando aos efeitos da decisão proferida no processo nº 17898-55.2014.4.01.3400, em relação ao presente e futuros pedidos de expedição de CRT.			

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).

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"/>	<b>Não exerço</b> qualquer outra atividade além daquelas onde já consto na Certidão de Regularidade do CRF-RS.
<input type="checkbox"/>	<b>Exerço</b> 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 600). Licenças superiores há 30 dias também devem ser protocoladas junto ao CRF-RS.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Farmacêutico

## Forma de retirada da Certidão de Regularidade Técnica

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Impressa no link <a href="http://farmasis.com.br/cr">http://farmasis.com.br/cr</a> , 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"/> | Seccional Santa Maria   |
| <input type="checkbox"/> | Sede (Porto Alegre)   |
| <input type="checkbox"/> | Seccional Passo Fundo   |
| <input type="checkbox"/> | Seccional Santo Ângelo  |
| <input type="checkbox"/> | Seccional Caxias do Sul   |
| <input type="checkbox"/> | Seccional Pelotas   |
| <input type="checkbox"/> | Seccional Uruguiana   |