**REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

**E TERMO DE COMPROMISSO NO SERVIÇO PÚBLICO**

Marque:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Contratação de RT** |  | **Registro de Estabelecimento** |

O (a) Profissional FARMACÊUTICO (a):

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CRF/AL: |
| Endereço: | Bairro: |
| Município: | Fone: |
| Email: |

Vem requerer a responsabilidade técnica como:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Diretor Técnico** |  | **Assistente Técnico**  |  | **Substituto** |

Com o seguinte horário de assistência:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| domingo | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| segunda-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| terça-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| quarta-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| quinta-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| sexta-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| sábado | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| **TOTALIZANDO A CARGA HORÁRIA SEMANAL DE:** |  |

Junto ao **ESTABELECIMENTO PÚBLICO**:

|  |  |
| --- | --- |
| Razão social: | CNPJ: |
| Nome fantasia: | Fone(s): |
| Endereço: |
| Bairro: | CEP: |

Cujo **Prefeito/Secretário** de Saúde, 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” previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que o **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO** é:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Segunda-feira a Sexta-feira:** | **Sábado:** | **Domingo:** |
| das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h edas \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h edas \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h edas \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de Alagoas e no cumprimento do dever profissional, DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao estabelecimento acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF/AL de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não prestar assistência ao estabelecimento, no horário previsto neste termo. DECLARO, ainda que:

1.Comunicarei ao CRF/AL, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 48 horas;

2.Tenho conhecimento de que no caso de afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se concretizará após o protocolo no CRF-AL, dos seguintes documentos: Comunicação de baixa de responsabilidade técnica, via Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado; e cópia da exoneração;

3.Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial;

4.Não receberei salário inferior ao salário ético e/ou ao estipulado no concurso público e/ou contrato, pelos meus serviços técnicos e profissionais;

Assim, nos termos da Lei 3.820/60 e das Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, comparecem a este ato de Homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF/AL, os abaixo assinados:

Maceió, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_

Assinatura do Farmacêutico:

Prefeito/Sec. Saúde:

**DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES**

Profissional **FARMACÊUTICO (A):**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | CRF/AL: |

|  |
| --- |
| ( ) Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes responsabilidades técnicas: |
| **1 - Razão social:** | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Cargo/Função:**  | **Horário Trabalho:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **2 - Razão social:** | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **3 - Razão social:** | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | **Bairro:** |
| **Endereço:** | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:** |

|  |
| --- |
| ( ) - 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 art. 12 do Código de Ética Profissão Farmacêutica, Res. CFF nº 596/14, bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/AL sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades. |

Maceió, \_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_

Assinatura do Farmacêutico: