**REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA PARA PLANTÃO 12 X 36**

**(LEI 13.467/17, ART. 59-A) E TERMO DE COMPROMISSO**

O (a) Profissional FARMACÊUTICO (a):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME:** |  | **CRFAL:** |  |

Vem requerer a responsabilidade técnica como PLANTONISTA:

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

|  |
| --- |
| das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |

Com o seguinte **HORÁRIO DE PLANTÃO**:

Junto ao ESTABELECIMENTO:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Junto ao ESTABELECIMENTO** | | | | |
| **Razão social:** | |  | | |
| **Nome fantasia:** | |  | | |
| **CNPJ**: |  | | **Nº CRF/AL do ESTABELECIMENTO:** |  |

Cujo proprietário/representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento, torna-o sujeito a ação criminal pelo cometimento de crime de “falsidade ideológica” previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que o **HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO é:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Segunda à sexta-feira | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| Sábado | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |
| Domingo | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h | e | das \_\_:\_\_ h às \_\_:\_\_ h |

Eu, farmacêutico. 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 farmacêutica no referido estabelecimento, no horário declarado, no qual assumo a responsabilidade técnica, de acordo com o disposto nas Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Estou 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 01 dia;

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: Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado; e ainda, cópia da rescisão de contrato;

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

4.Que somente poderei assumir uma segunda responsabilidade técnica em horário diverso deste aqui peticionado, devendo para tanto apresentar escala de plantões de ambos para a devida verificação de incompatibilidades de horários;

5.Não receberei salário inferior ao salário ético e/ou estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços técnicos;

6.Receberei, como remuneração pelos meus serviços, conforme se verifica na Carteira de Trabalho, a importância de:

R$( )

Assim, nos termos da Lei 3.820/60, 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\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Farmacêutico (a): | Proprietário/Rep. Legal: |

**DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES**

Profissional **FARMACÊUTICO (A):**

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

|  |
| --- |
| ( ) Não exerço outras responsabilidades técnicas. Declaro também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento sujeita-me a ação criminal, pelo cometimento de crime de “falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro e falta ética prevista no artigo 23, Inciso IV, do Código de Ética Profissional, 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| ( ) Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes responsabilidades técnicas: | |
| **1 - Razão social:** | |
| **Nome Fantasia:** | **Nº CRF/AL:** |
| **Endereço:** | **Cidade:** |
| **Horário Trabalho:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2 - Razão social:** | |
| **Nome Fantasia:** | **Nº CRF/AL:** |
| **Endereço:** | **Cidade:** |
| **Horário Trabalho:** | |

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

Assinatura do Farmacêutico: