

**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO AMAPÁCRF-AP**

|  |  |
| --- | --- |
| REQUERIMENTO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA. | Formulário nº03 |

( )Contratação de RT ( )Registro de Estabelecimento

O(a) Profissional Farmacêutico(a):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome**: | | **CRF/AP:** |
| **Endereço:** | **N.°** | **Bairro:** |
| **Município:** | | **Fone:** |

Vem requerer a responsabilidade técnica como:

|  |
| --- |
| ( ) Diretor Técnico ( ) Assistente Técnico ( ) Substituto |

**Com o seguinte horário de assistência:**

|  |  |
| --- | --- |
| Segunda a 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, |

Junto ao estabelecimento:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Razão Social:** | | | | | | | | | **CNPJ:** | | |
| **Nome fantasia:** | | | | | | | | **Municipio:** | | | |
| **Endereço:** | | | | | **Nº:** | | **Cep:** | | | | |
| **Bairro:** | **Complemento:** | | | | | **Telefone:** | | | | | |
| **Sócio I:** | | **CPF:** | **RG/Órgão Exp:** | | | | | | | | **Estado Civil:** |
| **Endereço:** | | | | **Município:** | | | | | | **Rep.Legal: ( )Sim ( )Não** | |
| **Sócio II:** | | **CPF:** | **RG/Órgão Exp:** | | | | | | | | **Estado Civil:** |
| **Endereço:** | | | | **Município:** | | | | | | **Rep.Legal: ( )Sim ( )Não** | |

Cujo proprietário/representante legal, 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 a Sexta-feira: | Sábado: | Domingo: |
| das :­ h, às : h  das : h, às : h | das : h, às : h  das : h, às : h | das : \_\_:\_\_ h, às : h  das: \_\_:\_\_ h, às : h |
|  |  |  |

Firmo o presente termo, perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Amapá 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/AP 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/AP, 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-AP*, dos seguintes documentos: Comunicação de baixa de responsabilidade técnica, via Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado; cópia da baixa da CTPS e a Baixa de Responsabilidade Técnica do CRF AP;**

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

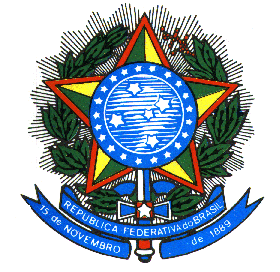
4. Não receberei salário inferior ao salário *ético*e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços técnicos.

5. Receberei, como remuneração pelos meus serviços, conforme se verifica na carteira de trabalho e /ou contrato de trabalho, a importância de: R$(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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/AP, os abaixo assinados:

Macapá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_

|  |
| --- |
| Farmacêutico(a): |
| Proprietário/Rep.Legal(a): |
| Depto. de Fiscalização: |
| Presidente do CRF/AP: |



**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO AMAPÁ**

**CRF-AP**

|  |
| --- |
| DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES |

Profissional Farmacêutico(a):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome**: | **CRF/AP:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( ) – Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais ou análogas: | | |
| **I – Razão social:** | | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | | **Bairro:** |
| **Endereço:** | | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:**Segunda à sexta-Feiradas :h, as:h Sábado: das :h, as:h e no Domingo: das :h, as:h | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II – Razão social:** | | **Fone:** | |
| **Nome Fantasia:** | | **Bairro:** | |
| **Endereço:** | | **CEP:** | |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:**Segunda à sexta-feiradas:h, as:h Sábado: das :h, as:h e no Domingo: das :h, as:h | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III – Razão social:** | | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | | **Bairro:** |
| **Endereço:** | | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:** Segunda à sexta-Feiradas :h, as:h Sábado: das :h, as:h e no Domingo: das :h, as:h | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IV – Razão social:** | | **Fone:** |
| **Nome Fantasia:** | | **Bairro:** |
| **Endereço:** | | **CEP:** |
| **Cargo/Função:** | **Horário Trabalho:** Segunda à sexta-Feiradas :h, as:h Sábado: das :h, as:h e no Domingo: das :h, as:h | |

|  |
| --- |
| ( ) – 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 Código de Ética Profissão Farmacêutica, bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/AP sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades. |

Macapá, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_

|  |
| --- |
| Assinatura Farmacêutico: |

CONTRATO DE TRABALHO

### Contrato de Trabalho que entre partes celebram de um lado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,** Farmacêutico(a)**,** inscrito(a) no ***CRF-\_\_\_\_\_,*** sob o n.º \_\_\_\_\_\_, brasileiro(a), residente e domiciliado(a) na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,Estado do Amapá, à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e de outro lado, a **Empresa** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , registrada no *CRF/AP,* sob o n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, registrada na Secretaria de Estado de Saúde – Divisão de Vigilância Sanitária, sob o n.º\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com sede à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Estado do Amapá, denominando-se, respectivamente, para os efeitos deste instrumento ***Farmacêutico e Empresa*** – constante das cláusulas e condições seguintes :

***Primeiro:*** O objeto deste Contrato de Trabalho é a prestação dos serviços profissionais de Assistência Técnica a ***(Razão Social)***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_** de propriedade da ***Empresa (Nome Fantasia***)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_por parte do ***Farmacêutico***.

***Parágrafo Único***: Esses serviços técnico – profissionais serão prestados obrigatoriamente na sede da ***Empresa***  que se obriga a permitir a mais completa autonomia ao serviços do ***Farmacêutico***.

***Segundo***: O presente Contrato de Trabalho se regerá pela Consolidação das Leis do Trabalho e Legislação Complementar que lhe for pertinente e o *Farmacêutico* receberá o salário de ***(Numeral e por extenso*)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sujeitos aos reajustes estipulados em Lei e que lhe será pago até o ***dia 05 (cinco)*** do mês seguinte ao vencido.

***Parágrafo Primeiro***: O presente Contrato de Trabalho corresponde ao que consta da CTPS n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ folhas \_\_\_\_\_\_\_\_\_ pertencente ao ***Farmacêutico***, e sua rescisão importará na imediata apresentação da CTPS aos Órgãos Competentes para confirmação da data de saída.

***Parágrafo Segundo***: O presente Contrato de Trabalho é de prazo Indeterminado, podendo ser objeto de rescisão por qualquer parte com aviso prévio de ***30 (trinta) dias***, de acordo com as disposições legais.

***Terceiro***: Durante o período de férias ou eventuais afastamento do ***Farmacêutico*** a ***Empresa***indicará, incontinente, outro profissional para substituí-lo na forma da Lei.

E por estarem justos e contratados, assinam este instrumento em ***3 (três) vias*** de igual teor e forma na presença de duas testemunhas abaixo nomeadas.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_\_.

***Farmacêutico* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *CRF/AP n.º* \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Empresa* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*CNPJ n.º***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Testemunhas :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**