



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ - CRF/PR

ILMO SR. PRESIDENTE
NESTA

PROCESSO Nº Para preenchimento do CRF

Como representante legal da empresa / estabelecimento Razão Social da empresa que consta no contrato social

CGC Nº do CNPJ Nome Fantasia Nome fantasia do estabelecimento Rua/Av. Endereço da empresa que consta no contrato social

Cidade Município onde se localiza empresa CEP CEP Fone/E-mail: Telefones do estabelecimento/ e-mail

Declaro que o estabelecimento terá horário de funcionamento diário:

Colocar horário de FUNCIONAMENTO DA EMPRESA no quadro abaixo em cada dia da semana que funcionar e especificando intervalos de fechamento, se for o caso. Por exemplo:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
*****	08:00 as 20:00h	08:00 as 20:00h	08:00 as 20:00h	08:00 as 20:00h	08:00 as 20:00h	08:00 as 13:00h

Plantão: Colocar horário de funcionamento no plantão, se for o caso do município. Por exemplo:

***** (se não houver plantão), ou se for o caso, plantão sábado a sexta 08:00 as 23:00h

Abaixo é necessário escolher uma das opções. Se o estabelecimento está solicitando registro no órgão, ou se já foi registrado e estão requerendo apenas responsabilidade técnica ou alteração de horário:

REQUER INSCRIÇÃO nesse CRF –PR na classe atividade prevista no contrato. Por exemplo: Farmácia de Manipulação

Por seu representante legal, em cumprimento ao que determina o art. 24 da Lei 3.820/60; Lei 5.991/73; art.27 do Decreto 74.170/74;

Já registrado (a) nesse CRF – PR, na classe atividade prevista no contrato., sob o nº Para preenchimento do CRF

Por seu representante legal, em cumprimento ao que determina o art. 24 da Lei 3.820/60; Lei 5.991/73; art.27 do Decreto 74.170/74.

Vem com acatamento apresentar, para exercer a função de **Diretor Técnico** Responsável:

Nome: Nome completo do profissional requerente da DIREÇÃO TÉCNICA, inscrição Nº inscrição do CRF do profissional

Prestando assistência no horário declarado abaixo:

Colocar horário de trabalho do profissional no quadro abaixo em cada dia da semana e especificar os intervalos. Por exemplo:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
*****	08:00 as 12:00h	08:00 as 12:00h	08:00 as 12:00h	08:00 as 12:00h	08:00 as 12:00h	08:00 as 13:00h
	14:00 as 20:00h	14:00 as 20:00h	14:00 as 20:00h	14:00 as 20:00h	14:00 as 20:00h	

Plantão: ***** ou se for o caso, plantão sábado a sexta 08:00 as 13:00 , 14:00 as 19:00, 20:00 as 23:00h

O estabelecimento pode ter apenas um diretor técnico. Não subsiste assistência sem direção, de forma que não é possível ingressar um profissional como assistente se o estabelecimento estiver sem diretor técnico.

E para exercer a função de Assistente(s) Técnico(s):

1) Nome: Nome completo do profissional requerente da ASSISTENCIA TÉCNICA (se houver), inscrição Nº inscrição do CRF do profissional

Prestando assistência no horário declarado abaixo:

Colocar horário de trabalho do profissional no quadro abaixo em cada dia da semana e especificar os intervalos, conforme exemplo.

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
*****	09:00 as 15:00h	09:00 as 15:00h	09:00 as 15:00h	09:00 as 15:00h	09:00 as 15:00h	08:00 as 13:00h

Plantão: _____

Normalmente, o assistente técnico ingressa para complementar o horário de assistência do diretor. O importante é garantir que, com a assistência de todos os profissionais, o estabelecimento fique REGULAR de acordo com a legislação da área específica de atuação. O estabelecimento pode ter quantos assistentes desejar, devendo preencher quantos formulários forem necessários para cadastrar todos os profissionais do estabelecimento.



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ - CRF/PR

2) Nome: _____, inscrição _____

Prestando assistência no horário declarado abaixo:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

Plantão: _____

Declaro ainda que no caso de ausência ou impedimento do Diretor Técnico e/ou do(s) Assistente(s) Técnico(s), o estabelecimento será assistido pelo(s) **substituto(s)**:

Nome: **Nome completo do profissional requerente da SUBSTITUIÇÃO (se houver)**, inscrição **Nº inscrição do CRF** _

Nome: _____, inscrição _____

O profissional substituto substitui os farmacêuticos efetivos (diretor e assistente) em seus afastamentos e ausências. Por esse motivo, o profissional substituto não tem horário declarado e deve ter disponibilidade de horário para prestar assistência no horário dos farmacêuticos efetivos.

O estabelecimento pode ter quantos substitutos desejar, devendo preencher quantos formulários forem necessários para cadastrá-los.

Por seu representante legal, venho requer a anotação no cadastro deste CRF-PR e, ainda, o recebimento do(s) termo(s) de compromisso do(s) farmacêutico(s) aqui indicado(s).

Fico ciente que, no caso de omissão ou declaração falsa do horário de funcionamento, estarei sujeito às sanções legais cabíveis.

___ **Local (Município)** ___, ___ **Dia** ___ de ___ **Mês** ___ de 20___ **Ano** ___

Assinatura representante legal disposto no contrato social

ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL

Assinatura do farmacêutico diretor técnico

CIENTE - ASSINATURA DO DIRETOR TÉCNICO