



INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS (PDF EDITÁVEL)

>> Instruções:

- É necessário ter instalado o aplicativo (ex.: Acrobat Read ou outro que permita a edição do PDF);
- Deixar a opção **CAPS LOCK** ativado (**LETRAS MAIÚSCULAS**) para preenchimento.

>> Como iniciar o preenchimento do formulário PDF editável:

- Clique no espaço (em frente a palavra Razão Social) para preencher, utilizando o mouse para selecionar o campo a ser preenchido;
- Após preenchido, utilize o mouse ou a tecla Tab para ir ao próximo campo;
- Caso tenha selecionado algum campo e queira desmarcar a seleção, basta clicar novamente no campo.

>> Veja abaixo as instruções para preenchimento de cada formulário:

FORMULÁRIO 1:

REQUERIMENTO, TERMO E QUADRO DE HORÁRIO PARA O ESTABELECIMENTO FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA **Formulário PDF – com preenchimento dos campos digitados**

ILMO PRESIDENTE,

Como representante legal da empresa com:

ETAPA 01:

Preencher nos campos em branco (quadrados) os dados da empresa.

Razão Social:

Fantasia:

CNPJ:

Bairro:

CEP:

Cidade:

E-mail:

Fone Fixo: ()

Celular: ()

ETAPA 02:

O formulário apresenta três campos para seleção, selecionar apenas UMA (01) opção conforme o serviço demandado.

1. Requerer___**REGISTRO DO ESTABELECIMENTO**;
2. Requerer___**ALTERAÇÃO e/ou INCLUSÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS** do estabelecimento, já registrado;



3. Requerer _____ **ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, ASSISTÊNCIA OU MODALIDADE DE TIPO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA**, do estabelecimento já registrado, e, **Declaro** que o estabelecimento terá horário de funcionamento diário:

ETAPA 03:

*Preencher os campos com o horário de FUNCIONAMENTO DA EMPRESA. Horário de início e fim das atividades em cada dia da semana. Utilizar o seguinte formato de preenchimento – hh:mm - padrão sistema de horário 24 horas ex: 08:00 ou 20:00. Obs: **Caso o estabelecimento feche para almoço, declare o início e o fim do expediente pela manhã. Início e fim do período restante do expediente.***

Declaro que o estabelecimento terá horário de funcionamento diário:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:
Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:
Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:
Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:

ETAPA 04:

*Caso o município tenha **PLANTÃO REGULAMENTADO**, informar o horário de funcionamento do plantão. Utilizar o seguinte formato para preenchimento - hh:mm - padrão sistema de horário 24 horas, ex: 08:00 ou 20:00.*

Plantão (quando houver):

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:
Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:
Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:
Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:

ETAPA 05:

*Preencher no campo em branco a **QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS** que estão ingressando ou alterando horário. O número de profissionais deverá ser o mesmo de formulários de: **“REQUERIMENTO, TERMO DE COMPROMISSO, RESIDENCIAL E DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADE: DIRETOR TÉCNICO – ASSISTENTE TÉCNICO – SUBSTITUTO – FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA”** apresentados.*

Para cumprir a assistência técnica exigida em lei, declaro ciência dos horários de assistência técnica de cada farmacêutico, conforme os _____ formulário(s) anexo(s) a este requerimento contendo o(s) **Termo(s) de Compromisso, Residencial e Declaração de Outras Atividades do(s) Farmacêutico(s)** requerente(s), ficando ciente ainda que, em caso de omissão ou declaração falsa do horário de funcionamento ou assistência dos farmacêuticos, estarei sujeito às sanções legais cabíveis. (...Continua)



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ – CRF-PR
RUA PRESIDENTE RODRIGO OTÁVIO, 1296 – HUGO LANGE – CURITIBA – PR
CEP 80040-452 – Fone/Fax: (41) 3363-0234
E-mail: crfpr@crf-pr.org.br

www.crf-pr.org.br

ETAPA 6:

Não esquecer de preencher os campos: cidade e data.

Cidade:

Data:

Mês:

Ano:

ETAPA 07:

Após preencher seus dados, é **NECESSÁRIO COLOCAR A ASSINATURA DIGITAL DO FARMACÊUTICO DIRETOR TÉCNICO**. a assinatura do representante legal é dispensada pois o acesso ao CRF-PR em casa será realizado mediante login e senha pessoal. Caso tenha dúvidas de como inserir a assinatura digital, assista o vídeo disponível aqui na descrição abaixo.

ETAPA 08:

Ao finalizar o preenchimento de todo o formulário, revise suas informações. Caso encontre algum dado incorreto ou campo em branco, faça a correção. Clique em salvar como. O arquivo deve ser salvo mantendo seu formato pdf, com o nome do procedimento, número do CNPJ e Nome da Cidade. (EX: IRT – N° DO CNPJ – CIDADE).

>> IMPORTANTE: Salve este requerimento preenchido em seu computador, pois ele deverá ser enviado acompanhado dos outros formulários devidamente preenchidos, conforme orientações. Além dos documentos pessoais exigidos.

>> Para eventuais dúvidas, entre em contato pelo e-mail: cadastro@crf-pr.org.br

FORMULÁRIO 2:

**REQUERIMENTO, TERMO DE COMPROMISSO, RESIDENCIAL E DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES:
DIRETOR TÉCNICO /ASSISTENTE TÉCNICO – SUBSTITUTO – FARMÁCIA SEM MANIPULAÇÃO OU DROGARIA**
Formulário PDF – com preenchimento dos campos digitados
*Campos de preenchimento obrigatório

>> IMPORTANTE: Cada profissional que está ingressando ou alterando horário ou modalidade deve apresentar o TERMO DE COMPROMISSO.

ILMO SR. PRESIDENTE:

ETAPA 1:

Preencher com os dados do profissional requerente da Responsabilidade Técnica.

Nome*:

*CRF-PR nº:

E-mail*:

Celular*: ()



Início: Início: Início: Início: Início: Início: Início:
Fim: Fim: Fim: Fim: Fim: Fim: Fim:

ETAPA 5:

Caso o profissional trabalhe no dia de plantão (para casos de plantões regulamentados pelo município) ou tenha horário alternativo, preencha os horários, conforme instruções acima.

Obs.: Caso os profissionais realizem horários alternativos, o estabelecimento precisa garantir a assistência farmacêutica necessária para o tipo de estabelecimento, tanto nos horários de assistência “padrão”, tanto nos horários alternativos.

Dias e Horário: Plantão (se aplicável) ou Horário Alternativo (se desejável), **sendo este válido apenas quando o horário de assistência técnica for completa e integralmente regular:**

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:
Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:
Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:	Início:
Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:	Fim:

ETAPA 6:

Preencher os campos conforme os dados solicitados da empresa que assumirá a responsabilidade técnica.

Ao estabelecimento de Razão Social*:

CNPJ:

Município de:

(... Continua)

ETAPA 7:

Preencha nos campos a remuneração do profissional.

Declaro que pelos meus serviços técnicos profissionais não receberei remuneração abaixo do estabelecido pelo piso salarial oriundo de acordo, convenção coletiva ou dissídio da categoria, sendo a importância mensal de R\$_____.

Ou se o profissional for sócio da empresa, conforme contrato social, o percentual de cotas do profissional. sou sócio com _____% das cotas.

ETAPA 8:

Selecione uma das opções, caso exerça ou não outra atividade, a fim de comprovar a disponibilidade para exercer a responsabilidade técnica requerida. (Obs: Caso exerça outra responsabilidade técnica, já registrada perante o CRF-PR, não é necessário apresentar documentação complementar).



Declaro ainda, para os devidos fins que:

- () Não exerço outras atividades profissionais (quaisquer, inclusive aulas), ou outra diversa;
() Exerço atualmente as seguintes atividades, além deste requerimento, nos locais e horários abaixo:

*Caso exerça outra atividade que **NÃO** se trate de responsabilidade técnica, como professor, preencha o espaço com os dados solicitados.*

***IMPORTANTE:** É necessário apresentar documento comprobatório emitido pela instituição ou empresa, contendo os dias e horários.*

ETAPA 9:

Não esquecer de preencher os campos: cidade e data.

Cidade:

Data:

Mês:

Ano:

ETAPA 10:

Aqui, serão necessários duas assinaturas: A primeira, do **PROFISSIONAL REQUERENTE**. É importante que essa assinatura seja a mesma que consta no documento pessoal já separado. A segunda, do **DIRETOR TÉCNICO**. Caso tenha dúvidas de como inserir a assinatura digital, assista o vídeo disponível aqui na descrição abaixo.

ETAPA 11:

Ao finalizar o preenchimento de todo o formulário, revise suas informações. Caso encontre algum dado incorreto ou campo em branco, faça a correção. Clique em salvar como. O arquivo deve ser salvo mantendo seu formato pdf, com o nome do procedimento, número do CPF e Nome da Cidade. **(EX: IRT – N° DO CPF DO PROFISSIONAL REQUERENTE – CIDADE)**.

>> IMPORTANTE: Salve este requerimento preenchido em seu computador, pois ele deverá ser enviado acompanhado dos outros formulários devidamente preenchidos, conforme orientações. Além dos documentos pessoais exigidos.

>> Para eventuais dúvidas, entre em contato pelo e-mail: cadastro@crf-pr.org.br



INSTRUÇÕES PARA O PROCEDIMENTO DE ENVIO PELA FERRAMENTA CRF-PR EM CASA

ETAPA 1:

Com os documentos separados e os formulários preenchidos, o envio deverá ser feito pelo representante legal da empresa através do link área restrita “CRF-PR em Casa”.

ETAPA 2:

Selecione o tipo de acesso: **Pessoa Jurídica**.

No campo **CPF**, digite o número do documento do representante legal da empresa declarada junto ao CRF-PR.

Digite a senha e clique em **ENTRAR**.

Acesso área restrita - CRF EM CASA Ajuda

Pessoa Jurídica

Digite o CPF

Digite a Senha

Entrar

Painel de Controle

- [Cadastrar Senha](#) (primeiro passo)
- [Recuperar Senha](#) (esqueci minha senha)
- [Verificação de autenticidade da Certidão de Regularidade Técnica](#) (Validar Certidão Regularidade Técnica)
- [Consulta Validade de Declaração/Certidão](#) (Validar Documentos Impresso(Declaração/Certidão))
- [Consulta Termo de Inspeção/Auto de Infração](#) (Consulta de Termo de Inspeção/Auto de Infração)
- [Consultas](#) (Consulta de Profissionais e Estabelecimentos)

ETAPA 3:

Serão listadas apenas as empresas em que você é sócio ou representante legal.

Selecione a empresa que pretende fazer o serviço (IRT/AH), após clique em **Recarregar Firma**;



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ – CRF-PR
RUA PRESIDENTE RODRIGO OTÁVIO, 1296 – HUGO LANGE – CURITIBA – PR
CEP 80040-452 – Fone/Fax: (41) 3363-0234
E-mail: crfpr@crf-pr.org.br

www.crf-pr.org.br

Será listado apenas Firmas que você (EDUARDO ANTONIO PEREIRA PAZIM) seja sócio ou representante Legal.

Selecionar Firma que você é Sócio ou Rep. Legal

<input type="text" value="Informar parte do CNPJ"/>	<input type="button" value="Filtrar CNPJ"/>
<input type="text" value="Informar a Inscrição"/>	<input type="button" value="Filtrar Inscrição"/>
<input type="text" value="SAGICON TESTE(Insc: 21448 - CNPJ:76693886000168)"/>	
<input type="button" value="Recarregar Firma"/>	
<input type="button" value="Cancelar"/>	

ETAPA 4:

Clique no ícone **Ingresso Resp. Técnica / Mudança de Horário** – representado abaixo.



ETAPA 5:

Leia o Termo de Ciência e Responsabilidade e clique em: **Li e Estou ciente;**

ETAPA 6:

No campo **Tipo de Serviço**, selecione: Ingresso de responsabilidade técnica ou alteração de horário e/ou modalidade. Os dados do estabelecimento serão carregados automaticamente.

ETAPA 7:

> Selecione o tipo de profissional: **farmacêutico** ou **não farmacêutico**.
> No campo de inscrição, digite o número do CRF do(s) profissional(is) e clique no ícone da **Lupa**, o nome do profissional será carregado automaticamente.

ETAPA 8:

> Selecione o tipo de responsabilidade: **Assistente Técnico, Diretor Técnico, Substituto ou Declaração de Atividade Profissional (DAP)**.



> Selecione o tipo de vínculo de trabalho: **Contratado, Sócio, Proprietário, Designado, Terceirizado, Cooperado ou Estatutário.**

> No campo **Data Contrato** digite a data inicial que consta no documento de vínculo de contrato.

> No campo **Data Vencimento Contrato** (caso o contrato tenha prazo definido), insira a data final do contrato de trabalho.

> Após feito esse procedimento Clique em: **+ Adicionar.**

Obs: Repita este procedimento no caso de ingresso de mais profissionais.

ETAPA 9:

Preencha os dados **OBRIGATÓRIOS** da empresa para posterior contato caso haja necessidade de correção ou esclarecimento do serviço requerido (**e-mail do estabelecimento, telefone e celular.**)

ETAPA 10:

No campo **Informações** faça as observações necessárias para a execução deste serviço.

ETAPA 11:

Para o envio dos formulários, no campo **Tipo de Arquivo**, selecione **Formulários de IRT.** Após clique em “+ selecione” e adicione **os dois formulários** salvos em seu computador.

ETAPA 12:

Para envio do vínculo trabalhista ou sociedade, clique novamente em **Tipo de Arquivo**, selecione **Vínculo Trabalhista ou Sociedade.** clique “+ selecione” e adicione o **Documento de acordo com o vínculo empregatício e o tipo de contratação** salvo em seu computador.

ETAPA 13:

Para o envio do documento pessoal, no campo **Tipo de Arquivo**, selecione **Documentos de Identificação.** clique “+ selecione” e adicione o **Documento Pessoal** com foto e assinatura salvo em seu computador.

ETAPA 14:

Por fim, para o envio dos demais documentos, no campo **Tipo de Arquivo**, selecione **Outros.** clique “+ selecione” e adicione os **quatro documentos faltantes:**

1° - **Certidão Simplificada** emitida pela Junta Comercial do Paraná caso não tenha sido apresentada nos últimos dois anos.

2° - **Alterações contratuais** que não tenha apresentado ao CRF-PR.

3° - **Documento comprobatório do exercício de outras atividades profissionais.** Esse documento somente deverá ser apresentado caso o profissional declare que exerça outra atividade que não se trate de responsabilidade técnica).

4° - **Escala de trabalho e folgas** dos farmacêuticos de ao menos quatro semanas de trabalho, firmada pelo atual Diretor Técnico do estabelecimento. Esse documento somente deverá ser apresentado no caso dos estabelecimentos com assistência integral.

ATENÇÃO! Para que o procedimento seja analisado, é obrigatório a apresentação de todos os documentos obrigatórios e o correto preenchimento dos formulários.



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ – CRF-PR
RUA PRESIDENTE RODRIGO OTÁVIO, 1296 – HUGO LANGE – CURITIBA – PR
CEP 80040-452 – Fone/Fax: (41) 3363-0234
E-mail: crfpr@crf-pr.org.br

www.crf-pr.org.br

ETAPA 15:

Por fim, clique em salvar protocolo / Ciente / Fechar.

Abrirá uma tela com o protocolo caso deseje imprimir ou salvar em seu computador.

Pronto! O pedido de ingresso de responsabilidade técnica foi realizado com sucesso.

>> Para acompanhar o status de sua solicitação, retorne a página inicial do CRF-PR em Casa e clique no ícone “Protocolos Web”. Pelo protocolo você poderá acompanhar pela situação do andamento.

>> Em caso de necessidade de correção ou na falta de documentos apresentados aparecerá um alerta no ícone “Protocolos Aguardando Resposta”.

Para eventuais dúvidas, entre em contato pelo e-mail: cadastro@crf-pr.org.br