



Instruções para preenchimento do formulário (PDF preenchível) do requerimento, termo e quadro de horário para o estabelecimento e requerimento, termo de compromisso, residencial e declaração de outras atividades: diretor técnico – assistente técnico – substituto – FARMÁCIA HOSPITALAR OU EQUIVALENTE A FARMÁCIA HOSPITALAR

Necessário:

1. Aplicativo leitor do arquivo PDF (ex.: Acrobat read e outros);
2. Opção caps lock ativado (CAIXA ALTA – LETRAS MAIÚSCULAS) para preenchimento.

Modo de preenchimento dos requerimentos e declaração do CRF-PR:

1. Como iniciar o preenchimento do formulário em PDF preenchível:
 - 1.1. Utilize o mouse para selecionar o primeiro campo a ser preenchido.
 - 1.2. Para pular para próximo campo:
 - 1.2.1. Pode utilizar o mouse ou tab.
 - 1.3. Para iniciar o preenchimento do formulário aberto no Adolbe Acrobat Reader
 - 1.3.1. Para iniciar utilize o mouse clicando dentro do quadrado que fica em frente a palavra razão social
 - 1.3.1.1. Para desmarcar é somente utilizar o mouse para desmarcar a escolha.
2. Como deve ser preenchido cada campo veja instruções abaixo:

Download - Formulário de Requerimento IRT Empresa Farmácia hospitalar - [CLIQUE AQUI](#)

REQUERIMENTO, TERMO E QUADRO DE HORÁRIO PARA O ESTABELECIMENTO FARMÁCIA HOSPITALAR OU EQUIVALENTE A FARMÁCIA HOSPITALAR Formulário em PDF deve ser preenchidos digitados

ILMO PRESIDENTE,
Como representante legal da empresa com:

ETAPA 01 : DADOS DA EMPRESA REQUERENTE DO SERVIÇO

Preencher abaixo com os dados da empresa

Razão Social:

Fantasia: CNPJ:

Bairro: CEP:

Cidade: E-mail:

Fone Fixo: () Celular: ()

ETAPA 02: NATUREZA DE ATIVIDADE DA EMPRESA REQUERENTE

Escolher a natureza de atividade da empresa requerente do serviços

obs.: Definição sobre a conceito dos estabelecimentos abaixo – [CLIQUE AQUI](#)



Venho com acatamento, em cumprimento ao que determina a Lei 6.839/80, combinada com o artigo 24 da Lei 3.820/60; Lei 5.991/73; art. 27 do Decreto 74.170/74 e Lei 13.021/14, para a Natureza de Atividade FARMÁCIA HOSPITALAR (Hospitais de qualquer porte, UPAs, etc.); EQUIVALENTE A FARMÁCIA HOSPITALAR (Clínicas Médicas, Atendimento Privativo ou Domiciliar, Manipulação de Quimioterápicos, Etc.).

ETAPA 03: TIPO DE SERVIÇO REQUERIDO

Escolher UMA (01) opção abaixo conforme o serviço demandado: REGISTRO DO ESTABELECIMENTO ou INCLUSÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS ou ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, ASSISTÊNCIA OU MODALIDADE DE TIPO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA.
 Explicação sobre os tipos de serviços -[CLIQUE AQUI](#)

Requerer o REGISTRO DO ESTABELECIMENTO;

Requerer a ALTERAÇÃO e/ou INCLUSÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS do estabelecimento, já registrado;

Requerer a 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 04: HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA

Obs.: Esclarecimento sobre a carga horária de assistência – [CLIQUE AQUI](#)

Preencher abaixo, com horário de FUNCIONAMENTO da FARMÁCIA UNIDADE HOSPITALAR. Horário de início de atividade e fim atividade 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 feche para almoço declare o início do expediente pela manhã e o fim de expediente pela manhã e início do expediente da tarde e o fim do expediente do dia.

Declaro que o estabelecimento terá horário de funcionamento diário da Farmácia da Unidade Hospitalar:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início: <input type="text" value="08:00"/>	Início: <input type="text" value="08:00"/>	Início: <input type="text" value="08:00"/>	Início: <input type="text" value="08:00"/>	Início: <input type="text" value="08:00"/>	Início: <input type="text" value="08:00"/>	Início: <input type="text" value="08:00"/>
Fim : <input type="text" value="18:00"/>	Fim : <input type="text" value="18:00"/>	Fim : <input type="text" value="18:00"/>	Fim : <input type="text" value="18:00"/>	Fim : <input type="text" value="18:00"/>	Fim : <input type="text" value="18:00"/>	Fim : <input type="text" value="18:00"/>
Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>
Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>

ETAPA 05: HORÁRIO DE PLANTÃO

Caso tenha PLANTÃO, deve-se informar o horário de funcionamento para cada dia da semana no plantão. Utilizar o seguinte formato de 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: <input type="text" value="08:00"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>
Fim : <input type="text" value="18:00"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>	Fim : <input type="text"/>
Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>	Início: <input type="text"/>



Fim : _____ Fim : _____ Fim : _____ Fim : _____ Fim : _____ Fim : _____ Fim : _____

ETAPA 06: NÚMERO DE PROFISSIONAIS REQUERENTES AO SERVIÇO: ALTERAÇÃO e/ou INCLUSÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS OU ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, ASSISTÊNCIA OU MODALIDADE DE TIPO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Preencher abaixo a QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS (RT) que estão ingressando ou alterando horário e que deverá(ão) apresentar o outro formulário (Termo(s) de Compromisso, Residencial e Declaração de Outras Atividades do(s) Farmacêutico(s) conjuntamente.

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.

Declaro ainda, estar ciente que ocorrendo a **Baixa de Responsabilidade Técnica do Diretor Técnico (DT)**, implicará, como consequência a baixa das Responsabilidades Técnicas de assistentes e substitutos anotados nos prazos previstos para regularização (30 dias), com início na rescisão de contrato ou afastamento das atividades do DT. Desta forma, se faz necessário promover a regularização com novo Diretor Técnico no prazo concedido por lei, sob pena de aplicação das penalidades prevista no artigo 24, parágrafo único da Lei 3.820/60, em qualquer horário de funcionamento, assim como, ser necessário efetuar novamente o Ingresso de Responsabilidade de todos os farmacêuticos ocasionalmente baixados.

Da mesma forma, declaro ter ciência que a **Baixa da Responsabilidade Técnica de Farmacêutico Substituto** que exerça o mesmo horário de assistência de outro(s) profissional(is), nas folgas ou descanso semanal remunerado dos efetivos, ou ainda a farmacêutico afastado, caracterizará falta de assistência, implicando a obrigação de requerer a anotação de Responsabilidade Técnica de novo farmacêutico substituto, sob pena de autuação na forma do artigo acima indicado, na hipótese da constatação de falta de assistência no momento da inspeção.

Cidade: _____ Data _____ Mês _____ Ano: _____
de _____ de _____ de _____

Assinado Eletronicamente por CPF e Senha Pessoal (QUEM FEZ O ACESSO NA FERRAMENTA CRF-PR EM CASA como representante legal)

- IMPORTANTE: Envie este documento junto com o termo de compromisso e outros documentos necessário para o requerimento junto a ferramenta CRF-PR em Casa.**

PREENCHIMENTO REQUERIMENTO, TERMO DE COMPROMISSO, RESIDENCIAL E DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES DE CADA RT

Download - Formulário Termo de Compromisso – Farmácia hospitalar – [CLIQUE AQUI](#)

Cada profissional que está ingressando ou alterando horário ou modalidade deve apresentar o seu REQUERIMENTO TERMO DE COMPROMISSO .

**REQUERIMENTO, TERMO DE COMPROMISSO, RESIDENCIAL E DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES:
DIRETOR TÉCNICO – ASSISTENTE TÉCNICO – SUBSTITUTO
FARMÁCIA HOSPITALAR OU EQUIVALENTE A FARMÁCIA HOSPITALAR**

Formulário PDF deve ser preenchido digitado e Campos * preenchimento obrigatório



ILMO SR. PRESIDENTE

ETAPA 07: Preencher abaixo com os dados do profissional requerente da responsabilidade técnica:

Nome* : _____ | *CRF-PR nº: _____
 E-mail* : _____ | Celular*: DDD _____

ETAPA 08: Selecionar abaixo a modalidade da responsabilidade técnica (direção, assistência ou substituição) do farmacêutico:

Obs.: Duvida sobre modalidade de responsabilidade – [clique aqui](#)

Farmacêutico, venho respeitosamente por esse, requerer a Responsabilidade Técnica na condição de: **Diretor Técnico**, **Assistente Técnico**, **Substituto** ou **Declaração de Atividade Profissional (DAP) Eventual**, pelo estabelecimento abaixo, pelo qual firmo o presente termo de compromisso perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná – CRF – PR, e no cumprimento do dever profissional,

ETAPA 09 - NATUREZA DE ATIVIDADE DA EMPRESA PRESTARÁ ASSISTÊNCIA TÉCNICA

obs.: Definição sobre a natureza de atividade abaixo – [clique aqui](#)

DECLARO sob pena das sanções pertinentes que prestarei efetiva assistência técnica a **FARMÁCIA HOSPITALAR** (Hospitais de qualquer porte UPAs, etc.); **EQUIVALENTE A FARMÁCIA HOSPITALAR** (Clínicas Médicas, Atend. Privativo ou Domiciliar, Manipulação de Quimioterápicos, Etc.)

ETAPA 10: HORÁRIO DE TRABALHO DO RESPONSÁVEL TÉCNICO (RT)

Esclarecimento sobre a carga horária de Assistência – CLIQUE AQUI

Esclarecimento sobre tipo de horários: CLIQUE AQUI

Preencher abaixo o horário de trabalho do profissional responsável técnico no quadro abaixo. Horário de início de atividade e fim atividade de cada período e dia da semana. Exemplo segunda período da manhã - início (08:00) e fim (12:00) e período da tarde – início (14:00) e fim (18:00) Utilizar o seguinte formato de preenchimento – hh:mm -padrão sistema de horário 24 horas ex: 08:00 ou 20:00. No caso da responsabilidade SUBSTITUIÇÃO, este quadro deve ficar em branco.

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Início: _____	Início: 08:00	Início: 08:00	Início: 08:00	Início: 08:00	Início: 08:00	Início: _____
Fim : _____	Fim : 12:00	Fim : 12:00	Fim : 12:00	Fim : 12:00	Fim : 12:00	Fim : _____
Início: _____	Início: 14:00	Início: 14:00	Início: 14:00	Início: 14:00	Início: 14:00	Início: _____
Fim : _____	Fim : 18:00	Fim : 18:00	Fim : 18:00	Fim : 18:00	Fim : 18:00	Fim : _____

Obs.: O horário de trabalho de todos os Responsáveis técnicos deveram estar dentro do horário de funcionamento da empresa.

ETAPA 11: PLANTÃO OU HORÁRIO ALTERNATIVO DO RT

Caso trabalhe no dia de plantão, preencher os horários abaixo conforme instruções acima.

Dias e Horário: Plantão (se aplicável):

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 12: DADOS DA EMPRESA REQUERENTE DO SERVIÇO

Preencher, abaixo, com a razão social e os dados solicitado da empresa que irá assumir a responsabilidade técnica

Ao estabelecimento de Razão Social: _____

CNPJ: _____

no Município de _____

de acordo com o que dispõe as Leis Federais nº 3.820/60 e 6.839/80, Decreto Federal 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica, ficando ciente que, incorrerei nas sanções disciplinares se não prestar assistência no estabelecimento no horário declarado neste termo.

ETAPA 13: REMUNERAÇÃO DO RT

Digite abaixo 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,

ou se o profissional for sócio da empresa conforme contrato social, o percentual de cotas do profissional

sou sócio com _____ % das cotas.

ETAPA 14: OUTRAS ATIVIDADE DO RT

Abaixo deverá ser selecionada a situação do profissional, ou seja, se o profissional possui ou não alguma outra atividade, a fim de comprovar a disponibilidade de horário para exercer a responsabilidade técnica no horário que está sendo requerido.

No caso de exercer alguma 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 o profissional exerça alguma outra atividade que NÃO se trate de responsabilidade técnica, como aulas, por exemplo, deverá preencher quadro abaixo e apresentar documento comprobatório, emitido pela referida instituição ou empresa, contendo os dias e horários:

E, que tenho conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento, poderá me sujeitar à ação criminal pelo cometimento do crime de “Falsidade Ideológica”, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Declaro estar ciente de que, no caso de rescisão do contrato de trabalho, de acordo com o Código de Ética, Resolução 596/2014 do CFF, devo comunicar ao CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ o encerramento do vínculo



em até **5 (cinco) dias**, sob pena de descumprimento do art. 12 inciso XIII do anexo I, sendo também de meu conhecimento, que o procedimento de baixa é uma atribuição do profissional e que a responsabilidade técnica se encerrará somente após o protocolo e **deferimento do requerimento da baixa perante o CRF-PR**, e, que deverei apresentar em tempo hábil todos os documentos necessários ao procedimento.

Cidade: _____ Data _____ Mês: _____ Ano: _____
de _____ de _____ de _____

ETAPA 15: ASSINATURAS DOS FARMACÊUTICOS

obs.: Procedimento para inserir assinatura digitalizado no documento – [CLIQUE AQUI](#)

Assinatura do profissionais abaixo deve a mesma que consta no documento pessoal enviado para requerer o serviço na ferramenta CRF-PR em Casa.

ASSINATURA DO PROFISSIONAL REQUERENTE

ASSINATURA DO DIRETOR TÉCNICO

- IMPORTANTE: Envie este documento junto com requerimento, termo e quadro de horário para o estabelecimento e outros documentos necessário para o requerimento junto a ferramenta CRF-PR em Casa.**

ETAPA 16: Preencher a Declaração de Estrutura Hospitalar

Download – Declaração de Estrutura Hospitalar – [CLIQUE AQUI](#)



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: (41) 3363-0234
E-mail: crfpr@crf-pr.org.br Site: www.crf-pr.org.br



DECLARAÇÃO DE ESTRUTURA HOSPITALAR E DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA VINCULADA

Formulário PDF com preenchimento obrigatório os campos digitados

Dados da Instituição:

Razão Social: _____
Fantasia: _____ CNPJ: _____
Cidade: _____

Horário de funcionamento da Farmácia:

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: _____

Tipo de Estabelecimento:

Clínica Especialidade: _____
 Estabelecimento de atendimento pré-hospitalar
 Estabelecimento de atendimento pós-hospitalar
 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)
 Hospital Geral Especializado em: _____
ou _____

Número de Leitos Ativos conforme CNES (<http://cnes2.datasus.gov.br/>): _____

Procedimentos de alta complexidade e/ou criticidade atendidos:

Assistência Cardiovascular Serviço de Hemodiálise
 Assistência a Queimados Transplantes em Geral
 Cirurgias de alta complexidade e/ou criticidade Oncologia
 Unidade de Terapia Intensiva em geral. Nº leitos: _____ Pronto Socorro. Nº leitos: _____

DECLARAÇÃO

Declaramos que temos conhecimento de que a omissão da informação ou declaração falsa no presente documento poderá sujeitar à ação criminal por "Falsidade Ideológica", previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, além de falta ética ao farmacêutico, conforme disposto no artigo 18 inciso II do Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

Cidade: _____ Data _____ Mês _____ Ano: _____
de _____ de _____ de _____

Assinado Eletronicamente por CPF e Senha Pessoal



ETAPA 17: Digitalização de documentos

Nota: Formulários, deverão ser preenchidos digitalmente, e os documentos enviados como arquivo PDF no tamanho de até 5MB cada.

Digitalizar os documentos necessário solicitado no site do CRF-PR serviço Registro ou Ingresso de Responsabilidade Técnica ou Alteração de horário para **FARMÁCIA HOSPITALAR OU EQUIVALENTE A FARMÁCIA HOSPITALAR :**

1. Comprovante de vínculo empregatício de acordo com o tipo de contratação:

1.1. Carteira de trabalho e Previdência Social (CTPS):

a) As páginas de:

- Identificação,
- Qualificação civil
- Registro do contrato preenchida e assinada pelo contratante;

OU

1.2. Como Servidor público:

- a) Portaria ou Decreto de nomeação publicada em diário oficial;

ou

1.3. Como Sócio proprietário:

- a) Contrato social ou alteração contratual arquivada na Junta Comercial do Paraná, com a inclusão do profissional na sociedade;

ou

1.4. Como Prestador de serviços:

- a) Contrato de prestação de serviço entre as partes (se o contrato for por tempo determinado, a responsabilidade técnica ficará vinculada ao prazo do contrato, por isso, orientamos que seja de pelo menos 3 meses);

ou

1.5. Como Voluntário:

- a) Termo de adesão de voluntariado. Somente para entidades públicas ou instituições privadas sem fins lucrativos, conforme Lei 13.297/2016;

2. Certidão Simplificada emitida pela Junta Comercial do Paraná caso não tenha sido apresentada nos últimos dois anos;

3. Contrato Social ou Alterações contratuais registrado na Junta Comercial do Paraná que não tenha apresentado ao CRF-PR;

4. Documentos pessoais recentes (Cédula Identidade Farmacêutica ou RG ou CNH) onde consta a mesma assinatura que for posta no termo de compromisso;

5. Formulário de Requerimento IRT Empresa Farmácia hospitalar – preenchido;

6. Formulário Termo de Compromisso – Farmácia hospitalar – preenchidos e assinados;



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: (41) 3363-0234
E-mail: crfpr@crf-pr.org.br Site: www.crf-pr.org.br



7. Declaração de Estrutura Hospitalar – preenchido.

obs.: Manter atualizado o telefone celular, e-mail e endereço de correspondência junto ao sistema CRF-PR em casa. Será utilizado, caso necessário, para correção de dados ou documentos para realização deste serviço requerido.