



**REQUERIMENTO, TERMO E QUADRO DE HORÁRIO PARA O ESTABELECIMENTO
 LABORATÓRIOS INDUSTRIAIS (Esterilização, Pesquisas, Pesq. e Desenv. de Med./Prod. para Saúde, Cont. de Qual.)**
 Formulário em PDF deve ser preenchidos digitados.

ILMO PRESIDENTE,
 Como representante legal da empresa, com:

Razão Social:

Fantasia: CNPJ:

Endereço:

Bairro: CEP:

Cidade: E-mail:

Fone Fixo: () Celular: ()

Venho com acatamento, em cumprimento ao que determina a Lei 6.839/80, combinada com o artigo 24 da Lei 3.820/60; Lei 6.360/76 e Resolução CNE/CES 02/2002, para a **Natureza de Atividade – LABORATÓRIOS INDUSTRIAIS DE:** **ESTERILIZAÇÃO;** **PESQUISA;** **PESQUISA E DESENV. DE MEDICAMENTOS;** **PESQUISA E DESENV. DE PROD. PARA SAÚDE;** **CONTROLE DE QUALIDADE** ou **OUTROS LAB. INDUSTRIAS.**

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:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
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"/>
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"/>

Plantão (Quando houver):

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
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"/>
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"/>

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) e a Declaração de Horário de Produção do Laboratório Industrial,** ficando ciente ainda que, em caso de omissão ou declaração falsa do horário de funcionamento, horário de produção ou assistência dos farmacêuticos, estarei sujeito às sanções legais cabíveis.

Declaro ainda, estar ciente que, ocorrendo a **Baixa de Responsabilidade Técnica do Diretor Técnico,** se faz necessário promover a regularização com **novo Diretor Técnico,** sob pena de aplicação das penalidades prevista no artigo 24, parágrafo único da Lei 3.820/60.

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 falta de assistência no momento da inspeção.

Cidade: Data: de Mês: de Ano:

Ciente – Assinatura do Diretor Técnico

Assinado Eletronicamente por CPF e Senha Pessoal
 Representante Legal