



Todos os campos devem ser preenchidos (preencher de forma legível OU digitado), não serão aceitos formulários digitados e complementados à caneta, fora do padrão, desconfigurados, com rasuras.

Termo de cientização e aceite dos trâmites de processos e serviços oferecidos no sistema web da área restrita de cadastro de profissionais e estabelecimentos “CRF EM CASA”

Dados do Representante legal da empresa:

Nome:		
Endereço:	Nº	Bairro:
Cidade:	CPF:	RG:
Celular: ()	E-mail:	
Razão Social:		
Nome Fantasia:		
CNPJ:		

DECLARO ciência e aceitação de uso dos serviços oferecidos pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso do Sul – CRF/MS, no sistema web “CRF EM CASA” e/ou qualquer outro que o venha substituir, com acesso restrito por meio do cadastramento de senha de minha total responsabilidade.

DECLARO estar ciente dos termos de uso do sistema estabelecidos na Portaria nº 025/17, disponibilizada no ato do cadastramento de senha e publicada no portal eletrônico do CRF/MS ();

DECLARO ciência de que as informações de pendências e/ou liberação de processos tramitados e demais solicitações requeridas devem ser acompanhadas por mim, requerente, junto ao registro de protocolo disponibilizado no sistema.

DECLARO ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa ao CRF/MS sujeitar-me-á a ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

Empresas privadas: Declaro que caso esteja descrito no CNPJ da empresa, CNAE: 47.29-6-99: “Comercio varejista de produtos alimentícios em geral ou especializados em produtos alimentícios não especificados anteriormente”, COMPROMETO-ME A NÃO COMERCIALIZAR NO SUPRACITADO ESTABELECIMENTO QUAISQUER PRODUTOS ALHEIOS A MEDICAMENTOS, CORRELATOS E INSUMOS FARMACÊUTICOS, NOS TERMOS DOS CONCEITOS LEGAIS, EM ESPECIAL NA LEI Nº 5.991/73. Por conseguinte, a descrição dos produtos acima elencados corresponde, exclusivamente, a comercialização de produtos especializados dietéticos e naturais, previstos na RDC 44/2009.

_____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do representante legal no centro do quadro, sem tocar nas linhas.

--



Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível) e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta

Requerimento para solicitação de responsabilidade técnica e termo de compromisso

Dados do farmacêutico:

Vem requerer a responsabilidade técnica como: () Diretor Técnico(a) () Assistente técnico			
Nome:			Nº CRF:
Endereço:	Nº	Bairro:	
Cidade:	Fone: ()	Celular: ()	

Dados do Estabelecimento e Representante legal, Proprietário(a) ou Procurador(a):

Nome Representante legal:			CPF:
Endereço Rep:			Nº
Bairro:	Cidade:		
Razão Social:	Capital Social R\$		
Nome Fantasia:	CNPJ:		
Endereço do Estabelecimento:			Nº
Bairro:	Cidade:		
E-mail:	Cel: ()		

Funcionamento da Empresa:

Assistência farmacêutica:

Segunda																			
Terça																			
Quarta																			
Quinta																			
Sexta																			
Sábado																			
Domingo																			

Se Farmácia, manipula: Alopátia Homeopatia

Caso o estabelecimento manipule apenas alopátia e passe a manipular fórmulas homeopáticas, o (s) farmacêutico (s) e representante legal comprometem-se a comunicar ao CRF/MS, bem como comprovar a especialização do profissional de acordo com as Resoluções do CFF.

Estamos cientes (empregado e empregador) de que, caso NÃO tencionemos a emissão da Certidão De Regularidade Técnica (CRT), basta que o farmacêutico não gere a CRT na área restrita.

Eu, representante legal do estabelecimento acima citado, declaro estar ciente da obrigatoriedade em manter farmacêutico legalmente habilitado nos horários informados, **SOB PENA DE MULTA FISCAL**; concordando ainda, na inclusão da minha empresa e/ou de seu(s) sócio(s), no(s) cadastro(s) de inadimplentes casos não se efetue pagamento da mesma.

Eu, farmacêutico, fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais se não prestar assistência ao estabelecimento, no horário declarado neste termo. De acordo com o que dispõe as Leis 3820/60 e 5991/73, Decretos 74170/74 e 85878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. Declaro ainda que comunicarei ao CRF/MS, por meio da área restrita, meu afastamento por quaisquer motivos, com antecedência, e que no caso de rescisão do meu contrato de trabalho ou desistência do vínculo de diretor ou assistente técnico, encaminharei a solicitação da baixa de responsabilidade técnica, com os documentos comprobatórios exigidos, e que na impossibilidade desses, encaminharei declaração de próprio punho comunicando a baixa e os motivos da ausência dos documentos. Também estou ciente de que os serviços prestados são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial, e que **não receberei salário inferior ao estabelecido na Convenção Coletiva vigente (Somente farmácias e drogarias comerciais).**

Declaramos ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente requerimento e nos demais documentos encaminhados, pode sujeitar-nos a ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” previsto no Art.299 do Código Penal Brasileiro.

Assinatura do sócio / representante legal

Assinatura do Farmacêutico

_____, _____ de _____ de 20



DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES DO FARMACÊUTICO

Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível) e não serão aceitos formulários fora do padrão, desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

Nome farmacêutico(a):	Nº CRF/MS:
-----------------------	------------

Declaro para os devidos fins que exerço atualmente outras atividades profissionais, privativas ou não ao farmacêutico, as quais descrevo abaixo:

Horário de trabalho

01. Estabelecimento:	
Endereço:	Nº
Bairro:	
Cidade/UF:	
Cargo-Função:	

Segunda						
Terça						
Quarta						
Quinta						
Sexta						
Sábado						
Domingo						

Horário de trabalho

02. Estabelecimento:	
Endereço:	Nº
Bairro:	
Cidade/UF:	
Cargo-Função:	

Segunda						
Terça						
Quarta						
Quinta						
Sexta						
Sábado						
Domingo						

Horário de trabalho

03. Estabelecimento:	
Endereço:	Nº
Bairro:	
Cidade/UF:	
Cargo-Função:	

Segunda						
Terça						
Quarta						
Quinta						
Sexta						
Sábado						
Domingo						

() **DECLARO QUE 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 a ação criminal pelo cometimento do crime de “ falsidade ideológica”, previsto no artigo 299 do código Penal Brasileiro, e falta de ética prevista no artigo 23 do inciso IV do Código de Ética da Profissão Farmacêutica bem como comprometo-me a comunicar ao CRF/MS sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

_____, _____ de _____ de 20____

ASSINATURA DO(A) FARMACÊUTICO (A)