



Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados  
REQUERIMENTO DA EMPRESA FARMÁCIA HOSPITALAR

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 5.991/73 e art.27 do Decreto 74.170/74:

- Requerer **REGISTRO DO ESTABELECIMENTO** na classe de FARMÁCIA HOSPITALAR;
- Requerer **ALTERAÇÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS** do estabelecimento, já registrado na classe de FARMÁCIA HOSPITALAR sob o nº \_\_\_\_\_ ;
- Requerer **ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO** do estabelecimento já registrado a classe de FARMÁCIA HOSPITALAR sob o nº \_\_\_\_\_ ;

**Declaro** que o estabelecimento terá horário de funcionamento diário conforme abaixo:

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"/>

E, apresento em anexo  (quantidade) de formulário(s) Termo(s) de Compromisso do(s) profissional(is) requerente(s).

Fico ciente que em caso de omissão ou declaração falsa do horário de funcionamento, estarei sujeito às sanções legais cabíveis.

Como representante legal, declaro ainda estar ciente que o ato de baixa de responsabilidade técnica do Diretor Técnico implica consequentemente na baixa das anotações de assistentes e substitutos. De modo que nessa situação, se torna



necessário promover a regularização de todo seu horário de assistência no prazo concedido por lei, a partir da data da baixa do Diretor Técnico, sob pena de autuação e aplicação de penalidade prevista no artigo 24, parágrafo único da Lei 3.820/60.

Da mesma forma, tenho ciência que a baixa da responsabilidade técnica do substituto ou que exerça o mesmo horário de assistência de outro profissional, que caracteriza falta de assistência, em casos de afastamento, folgas ou descanso semanal remunerado dos efetivos, implica na obrigação imediata de indicar novo farmacêutico substituto ou para o horário, sob pena de autuação na forma do artigo acima indicado, na hipótese da constatação de ausência do farmacêutico no momento da inspeção.

Cidade:       Data      Mês      Ano:  
      de       de

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL**

\_\_\_\_\_  
**CIENTE – ASSINATURA DO DIRETOR TÉCNICO**