



## Instruções para preenchimento do formulário (PDF preenchível)

Necessário:

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

1ª Fase - Modo de preenchimento:

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:

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

Como representante legal da empresa com

Preencher abaixo com os dados da farmácia

Razão Social:

Fantasia:  CNPJ:

Bairro:  CEP:

Cidade:  E-mail:

Fone Fixo: (  )  Celular: (  )

Escolher uma opção abaixo: REGISTRO DO ESTABELECIMENTO ou ALTERAÇÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS ou ALTERAÇÃO DE HORÁRIO

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:

- 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 \_\_\_\_\_ ;

Preencher abaixo, com horário de FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA. 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:

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"/>

*Caso tenha plantão regulamentado, deve-se informar o horário de funcionamento 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"/>	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"/>

*Preencher abaixo a quantidade de profissionais responsáveis técnicos que estão ingressando ou alterando horário e que deverá(ão) apresentar o outro formulário (Termo de compromisso do profissional) conjuntamente.*

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 de  de  Ano:

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL**

**CIENTE – ASSINATURA DO DIRETOR TÉCNICO**



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

Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados

ILMO SR. PRESIDENTE

*Preencher abaixo com os dados do profissional requerente da responsabilidade técnica*

Nome:  Inscrição nº:

Endereço residencial:

Bairro:  CEP:

Município:  UF:

E-mail Principal:

E-mail Alternativo:

Telefone fixo: DDD   Celular: DDD   e

*Selecionar abaixo a modalidade da responsabilidade técnica (direção, assistência ou substituição)*

Onde:

a) **Diretor técnico** é o farmacêutico titular que assume a responsabilidade técnica do estabelecimento perante o CRF e os órgãos de vigilância sanitária, nos termos da legislação vigente, ficando sob sua responsabilidade a realização, supervisão e coordenação de todos os serviços técnicos científicos do estabelecimento.

Cada estabelecimento deve possuir um único diretor técnico e quantos assistentes e substitutos desejar ou forem necessários para cobertura da exigência farmacêutica do tipo do estabelecimento em questão.

Considerando que não subsiste assistência ou substituição sem direção, na baixa da responsabilidade do diretor técnico, os assistentes e substitutos são baixados “*ex-officio*” no prazo legal de acordo com o tipo do estabelecimento. Diante disso, no ato do ingresso de novo diretor técnico, orientamos que entrem em contato com o CRF-PR para verificar a situação do estabelecimento e a necessidade de proceder novamente o ingresso de assistentes ou substitutos que podem ter sido baixados por falta de diretor técnico.

b) **Assistente técnico** é o farmacêutico subordinado hierarquicamente ao diretor técnico que requer, perante o CRF, a assunção de responsabilidade técnica na condição de assistente, para auxiliar ao diretor na prestação da assistência farmacêutica, podendo complementar a carga horária de assistência farmacêutica necessária de acordo com a legislação do tipo do estabelecimento em questão.

O estabelecimento pode ter quantos assistentes técnicos forem necessários para cobertura de assistência farmacêutica.

c) **Farmacêutico substituto** é o profissional designado perante o CRF para responder tecnicamente nos casos de impedimentos, ausências, folgas ou descansos semanais remunerados dos farmacêuticos efetivos (diretor e assistentes).



O estabelecimento pode ter quantos substitutos desejar, ressaltando que, como o farmacêutico substituto responde em substituição aos farmacêuticos efetivos, não contempla horários em que o estabelecimento esteja irregular (sem anotação de responsabilidade técnica do diretor ou assistentes para aquele horário).

Venho por intermédio deste requerer a:  **Direção Técnica** ou  **Assistência Técnica** ou  **Substituição**, 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, DECLARO sob pena das sanções pertinentes que prestarei efetiva assistência técnica nos dias e horários:

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: <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"/>

Caso trabalhe no dia de plantão ou tenha horário alternativo assinale a opção e depois preencher os horários abaixo conforme instruções acima.

Obs.: No caso dos profissionais realizarem horário alternativo, o estabelecimento precisa garantir a assistência farmacêutica necessária para o tipo de estabelecimento, tanto nos horários de assistência “normais” quanto nos horários alternativos.

Dias e Horário:  Plantão ou  alternativo, se aplicável:

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"/>

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 6839/80, Decreto Federal 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica. E, fico ciente que incorrerei nas sanções disciplinares se não prestar assistência no estabelecimento no horário previsto neste termo.

**Digite abaixo a remuneração do profissional**

Declaro que pelos meus serviços técnicos profissionais não receberei salário inferior ao salário ético:

Pelos serviços profissionais recebendo 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.

**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. Tenho conhecimento também de que no caso de rescisão do contrato de trabalho a responsabilidade técnica somente se encerrará após o protocolo do requerimento de baixa perante o CRF-PR.

Cidade:  de  Data de  de  Mês: de  Ano:

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA DO PROFISSIONAL REQUERENTE**

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

\_\_\_\_\_  
**CIENTE – ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL**

Declaro ainda que tenho ciência de que, no caso de rescisão do contrato de trabalho, de acordo com o Código de Ética, 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. Tenho conhecimento também que o procedimento de baixa é uma atribuição do profissional e que a responsabilidade técnica se encerrará somente após o protocolo do requerimento da baixa perante o CRF-PR, com todos os documentos necessários.

Cidade:  de  Data de  de  Mês: de  Ano:



Declaro ainda que tenho ciência 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. Tenho conhecimento também que o procedimento de baixa é uma atribuição do profissional e que a responsabilidade técnica se encerrará somente após o protocolo do requerimento da baixa perante o CRF-PR, com todos os documentos necessários.

---

**ASSINATURA DO PROFISSIONAL REQUERENTE**

Formulário PDF com preenchimento dos campos digitados  
**DECLARAÇÃO DE ESTRUTURA HOSPITALAR E DE  
HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA VINCULADA**

Preencher abaixo com os dados da instituição que está requerendo a responsabilidade técnica

PROCESSO Nº:

**Dados da Instituição:**

Razão Social:   
Fantasia:  CNPJ:   
Cidade:

Preencher abaixo, com horário de FUNCIONAMENTO DA FARMÁCIA. 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.

Horário de funcionamento da Farmácia:

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"/>

Preencher abaixo qual(is) serviço(s) que o hospital ou similar presta:

**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:**

- |                                                                                                 |                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assistência Cardiovascular                                             | <input type="checkbox"/> Serviço de Hemodiálise                          |
| <input type="checkbox"/> Assistência a Queimados                                                | <input type="checkbox"/> Transplantes em Geral                           |
| <input type="checkbox"/> Cirurgias de alta complexidade e/ou criticidade                        | <input type="checkbox"/> Oncologia                                       |
| <input type="checkbox"/> Unidade de Terapia Intensiva em geral. Nº leitos: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Pronto Socorro. Nº leitos: <input type="text"/> |

**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 de  de  Mês de  de  Ano:

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL**

**2ª Fase – Como acrescentar assinatura no documento PDF:**

1. Com o software ADOBE ACROBAT READER DC
  - 1.1. <https://acrobat.adobe.com/br/pt/acrobat/pdf-reader.html>
2. Em um papel em branco (com caneta preta ou azul) faça sua assinatura.
  - 2.1. Tire uma foto com seu smartphone
    - 2.1.1. obs.: Câmera do smartphone deverá estar na horizontal
  - 2.2. Envie este arquivo (foto) para o seu e-mail.
3. Salvar o arquivo foto
  - 3.1. Baixe o arquivo (foto) que veio para o seu e-mail no seu computador
4. Como inserir o conteúdo do arquivo(foto) no ADOBE ACROBAT READER
  - 4.1. Abra o software Adobe acrobat
    - 4.1.1. Clique em Ferramentas
      - 4.1.1.1. Clique em Preencher e assinar
        - 4.1.1.1.1. Clique em ícone Assinar
      - 4.1.1.2. Clique em ícone Adicionar assinatura
        - 4.1.1.2.1. Clique no ícone Imagem
      - 4.1.1.3. Clique no arquivo foto que você salvou no computador
        - 4.1.1.3.1. Veja a imagem da assinatura na tela e para prosseguir clique em aplicar
5. Como inserir a assinatura no documento pdf
  - 5.1. Abra o documento em pdf no adobe acrobat
  - 5.2. Clique no ícone ferramenta
    - 5.2.1. Clique no ícone Preencher e assinar
      - 5.2.1.1. Clique Preencher e assinar
        - 5.2.1.1.1. Clique em assinar
          1. Clique na imagem da sua assinatura que aparecerá na tela



- 5.2.1.2. Aparecerá a assinatura na tela, com o mouse procure o local correto para fixa-lo e clique o botão esquerdo do mouse.
- 5.2.2. Caso queira aumentar ou diminuir o tamanho - tecele com mouse sobre a assinatura
  - 5.2.2.1. Aumentar – tecele na Leta A (grande)
  - 5.2.2.2. Diminuir – tecele na Leta A (pequeno)
  - 5.2.2.3. E para fixar tecele fora da seleção
6. Salvar o documento preenchido e assinado no seu computador

### **3ª Fase – Atualizar endereço, digitalização dos documentos, preenchidos e assinado, anexando ao e-mail:**

1. 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.
2. Digitalizar os documentos necessário solicitado no site do CRF-PR ingresso de Responsabilidade Técnica farmácia hospitalar
3. Anexar os requerimentos preenchido e assinado(s):
  - 3.1. Formulário requerimento empresa farmácia hospitalar
  - 3.2. Formulário Termo de Compromisso, Residencial e Declaração de outras atividades na quantidade necessário para o procedimento
  - 3.3. Declaração de Estrutura Hospitalar
4. Enviar para o e-mail para [atendimentoemergencial@crf-pr.org.br](mailto:atendimentoemergencial@crf-pr.org.br)
  - 4.1. Informando no assunto: Registro ou alteração de horário de funcionamento ou alteração do quadro dos profissionais com responsabilidade técnica - Farmácia hospitalar número do CNPJ e o nome da Cidade
  - 4.2. Anexando o formulários preenchidos e assinados e outros documentos solicitado no procedimento requerido;
5. O setor atendimento do CRF-PR irá analisar todo o preenchimento e os documentos anexados:
  - 5.1. caso esteja tudo dentro da conformidade será encaminhado para vossa quitação, caso não tenha feito, em resposta ao e-mail, um boleto com a taxa;
  - 5.2. caso não esteja em conformidade será solicitado as correções pelo e-mail
6. Quitação do boleto
  - 6.1. Após quitação da taxa, anexar o comprovante, respondendo o e-mail que recebeu o boleto;

### **4ª Fase:**

**O CRF-PR, quando estiver correto todo o processo, será disponibilizado o protocolo por e-mail e no Portal do CRF-PR em Casa na opção “Protocolos gerados no CRF-PR”.**