SOLICITAÇÃO DIREÇÃO/ASSISTÊNCIA TÉCNICA

Ilmo. (a) Senhor (a) Presidente do CRF/RO,

Eu, _____ **Nº CRF-RO** _____

Endereço _____ nº _____ Compl. _____

Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP: _____

Tel. Contato* _____ E-mail*: _____

ATENÇÃO: O profissional Farmacêutico DEVE manter seu endereço atualizado junto ao CRF-RO, conforme preconiza o Código de Ética da Profissão. Sendo assim, atualize-o acessando CRFWEB no site do CRF/RO e fazendo o Acesso por Senha, utilizando para o LOGIN o seu nº do CRF-RO e para a SENHA o seu CPF.

Venho por meio deste, requerer a **RESPONSABILIDADE TÉCNICA** junto ao CRF-RO na condição de:

☐ **DIRETOR (A) TÉCNICO (A)**

☐ **ASSISTENTE TÉCNICO (A)**

☐ **PLANTONISTA/SUBSTITUTO (A)**

RESPONSÁVEL TÉCNICO PELA ELABORAÇÃO DO PGRSS - Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde

☐ **SIM** ou ☐ **NÃO**

Pelo estabelecimento abaixo cadastrado no **CRF-RO[1] sob o Nº*:** _____ (**CRF do Estabelecimento**)

Razão Social _____ CNPJ: _____

Nome Fantasia _____Tel. Empresa* _____

E-mail da empresa:* _____ ***Preenchimento Obrigatório.**

ONDE DECLARAM OS HORÁRIOS DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO E O DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Dia da Semana	HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO	HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA DO FARMACÊUTICO
Segunda	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____
Terça	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____
Quarta	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____
Quinta	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____
Sexta	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____
Sábado	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____
Domingo	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____	das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____
Observações ou Escalas		

* Nos casos de jornadas de **trabalho em escala**, deve ser apresentada devidamente assinada pelo Representante legal e Farmacêuticos.

O farmacêutico requerente DECLARA que:

1. Tem conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro;

2. Que prestará efetiva assistência técnica ao estabelecimento do qual possui a direção técnica e demais compromissos para com o CRF/RO de acordo com o que dispõe a legislação profissional em vigor e fica ciente de que incorrerá em infração aos dispositivos legais e regulamentares se não prestar assistência ao estabelecimento no horário descrito nesta solicitação;

3. Está ciente de que o cumprimento da assistência farmacêutica nos horários declarados é condição de regularidade aos dispositivos legais e regulamentares da Profissão;

4. Comunicará ao CRF/RO, por escrito, **quaisquer afastamentos temporários** com antecedência mínima de 12 horas;

5. Está ciente de que, em havendo o seu **afastamento definitivo** da empresa (seja por transferência ou por demissão), **deverá proceder à baixa de Responsabilidade Técnica**, que só será concretizada após protocolar no CRF/RO os seguintes documentos: **Certidão de Regularidade Técnica**, com o verso preenchido e assinado, **ou comprovante de rescisão contratual**. Na impossibilidade desses, o formulário de Baixa de Responsabilidade Técnica comunicando a baixa, sob pena de responsabilização ético-profissional;

6. **Não receberá salário inferior** ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos seus serviços técnicos, sob pena de incorrer em infração ética. (Resolução CFF 648).

Estão cientes de que a função de Farmacêutico e a Direção/Assistência Técnica são indelegáveis e caracterizam-se, além da aplicação de conhecimentos técnicos, completa autonomia técnico-científica, conduta elevada que se enquadre dentro dos padrões éticos que norteiam a profissão, e atendimento como parte diretamente responsável perante as autoridades sanitárias e profissionais.

DECLARARAMOS ter conhecimento de que a omissão de **qualquer informação ou declaração falsa** no presente documento sujeitar-me-á à ação criminal pelo cometimento do crime de **"falsidade ideológica"** previsto no Art. 299 do Código Penal Brasileiro e **Falta Ética prevista no Art. 23 do Código de Ética da Profissão Farmacêutica, Res. CFF n° 724/2022**, bem como comprometemo-nos a comunicar ao CRF/RO sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

Local: _____, data _____/_____/_____.

_____
Assinatura Proprietário/Representante Legal
(Assinatura igual ao RG/CNH/ Cédula Profissional**)**

_____
Assinatura do (a) farmacêutico (a)
(Assinatura igualao RG/CNH/Cédula Profissional**)**

_____
Nome Completo Proprietário/Representante Legal

_____
CPF do Proprietário/Representante Legal

CRF/RO[1] sob o Nº: localizado no canto superior esquerdo da Certidão de Regularidade Técnica**.**
OBS: Não poderá haver rasuras neste documento. As assinaturas serão reconhecidas pelo atendente do CRF-RO confrontando com aquelas constantes nos documentos de identidade (RG/CNH/Cédula Profissional). Caso a documentação seja encaminhada pelos correios ou pelo e-mail, deverá ser anexada cópia do documento de identidade do Proprietário/Representante Legal e do Farmacêutico. Como terceira alternativa, as firmas poderão ser reconhecidas em cartório.