



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Instruções para o preenchimento do Formulário 13

O Formulário 13 tem como finalidade a comunicação de vínculos profissionais do farmacêutico, mas que não sejam como farmacêutico responsável técnico (RT), farmacêutico substituto (FS) ou farmacêutico folguista. Como exemplos de vínculo profissional que o farmacêutico tem a necessidade de comunicar ao CRF-SP, temos: professores universitários, farmacêuticos que trabalham na indústria, farmacêuticos pesquisadores, farmacêuticos que trabalham na vigilância sanitária, ou qualquer outro vínculo profissional que não seja RT, FS ou folguista.

FORMULÁRIO Nº 13 - DECLARAÇÃO DE VÍNCULOS PROFISSIONAIS

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos corretamente (com letra de forma ou legível). Traçar todos os campos não utilizados.
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Cel.:	E-mail:	

Dados do ESTABELECIMENTO OU INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:		Ramo de Atividade:	
CNPJ:			
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Cep:	Fone: ()	E-mail:	
Função exercida:			

HORARIO DE TRABALHO

DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima desde ____/____/____, de acordo com os horários abaixo:

	Entrada	Saída	1º Intervalo	2º Intervalo															
SEGUNDA																			
TERÇA																			
QUARTA																			
QUINTA																			
SEXTA																			
SÁBADO																			
DOMINGO																			

OBS:

DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima desde ____/____/____, sem horário fixo.

Tenho ciência do disposto nos artigos 10 e 19 da Resolução 596/2014 (Código de Ética):

Artigo 10 - O farmacêutico deve cumprir as disposições legais e regulamentares que regem a prática profissional no país, sob pena de aplicação de sanções disciplinares e éticas por este regulamento.

Artigo 19 - O farmacêutico, no exercício profissional, é obrigado a informar por escrito ao respectivo Conselho Regional sobre todos os seus vínculos, com dados completos da empresa (razão social, nome(s) do(s) sócio(s)), Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - C.N.P.J., endereço, horários de funcionamento, de responsabilidade técnica - RT, mantendo atualizados os seus endereços residencial e eletrônico, os horários de responsabilidade técnica ou de substituição, bem como sobre qualquer outra atividade profissional que exerça, com seus respectivos horários e atribuições.

Cidade _____, _____ de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário



Na parte superior do formulário há instruções em relação ao preenchimento do formulário e na primeira parte o preenchimento dos dados do profissional que está comunicando o vínculo.

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Dados do PROFISSIONAL:

Nome: 1		Nº CRF-PF: 2	
Endereço: 3		Nº: 4	Compl. 5
Bairro: 6	Cidade: 7		Estado: 8 CEP: 9
Fone: 10	Cel. 11	E-mail: 12	

- 1 – Nome:** Preencher o nome completo do profissional farmacêutico;
- 2 – Nº CRF-PF:** Preencher o número de inscrição no CRF do profissional;
- 3 – Endereço:** Preencher o endereço residencial do profissional;
- 4 – Nº:** Preencher o número do endereço do profissional;
- 5 – Compl.:** Preencher o complemento do endereço, (apartamento, bloco, lote ou alguma outra informação). Se não houver, deixar em branco;
- 6 – Bairro:** Preencher o bairro do endereço residencial do profissional;
- 7 – Cidade:** Preencher a cidade do endereço residencial do profissional;
- 8 – Estado:** Preencher o Estado do endereço residencial do profissional;
- 9 – CEP:** Preencher o CEP do endereço residencial do profissional;
- 10 – Fone:** Preencher o número de telefone residencial do profissional;
- 11 – Celular:** Preencher o número de celular do profissional;
- 12 – E-mail:** Preencher o e-mail do profissional.

Dados do ESTABELECIMENTO OU INSTITUIÇÃO DE ENSINO:

Razão Social: 1		Nº CRF-PJ: 2	
Nome Fantasia: 3	Ramo de Atividade: 4		
CNPJ: 5			
Endereço: 6		Nº: 7	Compl. 8
Bairro: 9	Cidade: 10		Estado: 11
Cep: 12	Fone: () 13	E-mail: 14	
Função exercida: 15			

A segunda parte deste formulário contém campos de dados do estabelecimento que está solicitando o procedimento.

- 1 – Razão Social:** Neste campo deve-se preencher a razão social do estabelecimento requerente, permitindo-se abreviações caso o espaço seja insuficiente.



2 – N° CRF-PJ: Este é o número de inscrição do estabelecimento no CRF. Se o estabelecimento estiver solicitando a reativação, deverá utilizar o número antigo. Caso seja uma empresa nova, este campo poderá ficar em branco.

3 – Nome Fantasia: É o nome de “fachada” ou comercial do estabelecimento.

4 – Ramo de Atividade: Neste campo deve constar o ramo de atividade do estabelecimento.

5 – CNPJ: Neste campo deve ser preenchido o CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica) do estabelecimento requerente.

6 – Endereço: Neste campo, deve estar preenchido o endereço (logradouro) do estabelecimento do requerente.

7 – Número: É o número do endereço do estabelecimento requerente.

8 – Complemento: É o complemento do endereço do estabelecimento requerente (Ex: loja 1; Bloco A, Box. 100). Caso não possua, deixar em branco.

9 – Bairro: É o bairro do endereço do estabelecimento requerente.

10 – Cidade: É a cidade do endereço do estabelecimento requerente.

11 – Estado: É o Estado do endereço do estabelecimento requerente. Deve-se preencher a sigla do Estado, no caso dos estabelecimentos inscritos no CRF é “SP”.

12 – CEP: É o CEP do estabelecimento requerente.

13 – Fone: Neste campo, deve-se preencher o telefone fixo do estabelecimento, esse campo caso esteja em branco, não impedirá nenhum procedimento.

14 – E-mail: Neste campo, deve-se preencher o e-mail do estabelecimento. Caso não possua e-mail, deixar em branco.

15 – Função Exercida: Neste campo, o profissional requerente informa a sua função que é exercida no estabelecimento.



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO

HORARIO DE TRABALHO

1 DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima desde ____/____/____, de acordo com os horários abaixo:

	Entrada	Saída	1º Intervalo	2º Intervalo															
2	SEGUNDA																		
	TERÇA																		
	QUARTA																		
	QUINTA																		
	SEXTA																		
	SÁBADO																		
	DOMINGO																		

3 OBS:

4 DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima desde ____/____/____, sem horário fixo.

Tenho ciência do disposto nos artigos 10 e 19 da Resolução 596/2014 (Código de Ética):

Artigo 10 - O farmacêutico deve cumprir as disposições legais e regulamentares que regem a prática profissional no país, sob pena de aplicação de sanções disciplinares e éticas por este regulamento.

Artigo 19 - O farmacêutico, no exercício profissional, é obrigado a informar por escrito ao respectivo Conselho Regional sobre todos os seus vínculos, com dados completos da empresa (razão social, nome(s) do(s) sócio(s), Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - C.N.P.J., endereço, horários de funcionamento, de responsabilidade técnica - RT), mantendo atualizados os seus endereços residencial e eletrônico, os horários de responsabilidade técnica ou de substituição, bem como sobre qualquer outra atividade profissional que exerça, com seus respectivos horários e atribuições.

Nesta parte do formulário o farmacêutico assinalará uma das opções. Ou a opção 1, com preenchimento obrigatório do campo 2, ou a opção 4.

1 – DECLARO para os devidos fins que possui vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima desde ____/____/____, de acordo com os horários abaixo: Esse campo deve ser preenchido quando o farmacêutico possui um horário fixo de trabalho.

2 – Tabela de horários: Este campo só deve ser preenchido quando o farmacêutico assinala a opção 1, preenchendo os horários de entrada, saída e intervalo (s).

3 – OBS: Este campo é reservado para colocar informações adicionais referente aos horários declarados no item 2. Só deve ser preenchido se houver necessidade de complementar as informações.

4 – DECLARO para os devidos fins que possui vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima desde ____/____/____, sem horário fixo: Este campo deve ser preenchido quando o farmacêutico não possui horário fixo no estabelecimento.



Nesta parte do formulário, o farmacêutico deve assinar, informar a data da assinatura e a cidade.

1				
	Cidade	Dia	Mês	Ano

2	Assinatura do profissional	3	Documentos conferidos por:
	Carimbo e / ou nome legível		Assinatura do funcionário

1 – Cidade e Data: Neste campo o farmacêutico deve colocar a data do preenchimento do formulário e a cidade. Não são aceitos formulários em que a data seja futura à sua apresentação.

2 – Assinatura do profissional: É o campo onde o farmacêutico deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

3 – Documentos conferidos por: Este campo deve ser assinado pelo funcionário do CRF que realizou a análise dos documentos referentes ao procedimento solicitado. Quando o funcionário assina o documento, ele atesta que a documentação apresentada está de acordo com os procedimentos do CRF.