



**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

## Instruções para o preenchimento do Formulário 17

O Formulário 17 tem como finalidade o requerimento de dupla ou tripla responsabilidade pelo farmacêutico.

### FORMULÁRIO Nº 17

#### SEGUIR INSTRUÇÕES

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

#### REQUERIMENTO DE DUPLA/TRIPLA

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: ( )		Celular: ( )		E-mail:			

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:							
<input type="checkbox"/>	Pedido de Dupla Responsabilidade						
<input type="checkbox"/>	Pedido de Tripla Responsabilidade						

Dados do ESTABELECIMENTO onde requer a dupla/ tripla responsabilidade técnica/ substituto:							
Razão Social:				Nº CRF-PJ:			
Nome Fantasia:			Ramo de Atividade:				
Endereço:			Nº:		Compl.		
Bairro:		Cidade:		Estado:		CEP:	
Cep:		Fone: ( )		E-mail:			

FUNCIONAMENTO:			ASSISTENCIA:						
	Horário de Abertura	Horário de Fechamento		Entrada	Saída	1º Intervalo		2º Intervalo	
SEGUNDA			SEGUNDA						
TERÇA			TERÇA						
QUARTA			QUARTA						
QUINTA			QUINTA						
SEXTA			SEXTA						
SÁBADO			SÁBADO						
DOMINGO			DOMINGO						

Obs.:

Tempo de locomoção:	
Tipo de transporte:	

Cidade				Dia		Mês		Ano	
--------	--	--	--	-----	--	-----	--	-----	--

Assinatura do farmacêutico		Documentos conferidos por:	
Assinatura do farmacêutico		Assinatura do funcionário	
Carimbo e /ou nome legível		Assinatura do funcionário	



Na parte superior do formulário há instruções em relação ao preenchimento do formulário e a parte em que se inclui os dados do farmacêutico requerente.

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

**Dados do PROFISSIONAL:**

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

- 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.

**Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:**

<b>1</b>	Pedido de Dupla Responsabilidade	
<b>2</b>	Pedido de Tripla Responsabilidade	

Nesta parte do formulário, é feito o requerimento de dupla ou tripla responsabilidade. O farmacêutico deve assinalar apenas uma das opções.

**1 – Pedido de Dupla Responsabilidade:** O requerente assinala este campo nos casos em que vai solicitar a dupla responsabilidade, ou seja, já é RT ou FS em um estabelecimento.

**2 – Pedido de Tripla Responsabilidade:** O requerente assinala este campo nos casos em que vai solicitar a tripla responsabilidade, ou seja, já é RT e/ou FS em dois estabelecimentos.



**CRF SP**  
CONSELHO REGIONAL  
DE FARMÁCIA  
DO ESTADO DE SÃO PAULO

Dados do **ESTABELECIMENTO** onde requer a dupla/ tripla responsabilidade técnica/ substituto:

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

Nesta parte do formulário, o farmacêutico deve colocar os dados do estabelecimento que deseja assumir a dupla ou tripla responsabilidade.

**1 – Razão Social:** Neste campo deve-se preencher a razão social do estabelecimento que deseja assumir a dupla ou tripla, permitindo-se abreviações caso o espaço seja insuficiente.

**2 – Nº CRF-PJ:** Este é o número de inscrição do estabelecimento no CRF. Tanto o número que consta no protocolo (7 dígitos), como o número que conta na CR/RRT/RFS (5 dígitos) podem ser preenchidos neste campo. Caso esteja em branco ou o número esteja errado, o próprio funcionário pode preencher a lápis para identificação. É o único campo que pode haver o preenchimento por parte do funcionário.

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

**6 – Número:** É o número do endereço do estabelecimento requerente.

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

**8 – Bairro:** É o bairro do endereço do estabelecimento requerente.

**9 – Cidade:** É a cidade do endereço do estabelecimento requerente.

**10 – 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”.

**11 – CEP:** É o CEP do estabelecimento requerente.

**12 – Fone:** Neste campo, deve-se preencher o telefone fixo do estabelecimento. Caso não possua telefone fixo, deixar em branco.

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



FUNCIONAMENTO:			ASSISTÊNCIA:				
1	Horário de Abertura	Horário de Fechamento	2	Entrada	Saída	1º Intervalo	2º Intervalo
SEGUNDA			SEGUNDA				
TERÇA			TERÇA				
QUARTA			QUARTA				
QUINTA			QUINTA				
SENTA			SENTA				
SÁBADO			SÁBADO				
DOMINGO			DOMINGO				

3 Obs.: \_\_\_\_\_

4

Tempo de locomoção:	
Tipo de transporte:	

Nesta parte do formulário, coloca-se os horários de funcionamento e assistência do estabelecimento onde o profissional requer a dupla/tripla.

**1 – Funcionamento:** O requerente preenche neste campo os horários de funcionamento da empresa que solicitará a dupla ou tripla responsabilidade.

**2 – Assistência:** O requerente preenche neste campo os horários de assistência na empresa que solicitará a dupla ou tripla responsabilidade.

**3 – OBS:** Campo destinado caso o requerente queira fazer alguma colocação adicional em relação aos horários de assistência e/ou funcionamento.

**4 – Tempo de locomoção / Tipo de transporte:** Neste campo o requerente informará o tempo de locomoção entre os endereços e o meio de transporte utilizado.

Nesta parte do formulário, deve-se colocar a assinatura do profissional, a data e local.

1

_____	.	de	_____	de	_____
Cidade			Dia	Mês	Ano

2

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

**1 – Cidade e Data:** Neste campo o requerente 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.

A imagem abaixo representa a segunda parte do formulário, para facilitar ele está também representado por esquema de cores.

Dados do ESTABELECIMENTO onde já é responsável técnico/ substituto:									
Razão Social:					Nº CRF-PJ:				
Nome Fantasia:				Ramo de Atividade:					
Endereço:					Nº:	Compl.			
Bairro:			Cidade:		Estado:				
Cep:		Fone: ( )			E-mail:				
FUNCIONAMENTO:			ASSISTENCIA:						
	Horário de Abertura	Horário de Fechamento		Entrada	Saída	1º Intervalo		2º Intervalo	
SEGUNDA			SEGUNDA						
TERÇA			TERÇA						
QUARTA			QUARTA						
QUINTA			QUINTA						
SEXTA			SEXTA						
SÁBADO			SÁBADO						
DOMINGO			DOMINGO						
Obs.:									

Dados do ESTABELECIMENTO onde já é responsável técnico/ substituto:									
Razão Social:					Nº CRF-PJ:				
Nome Fantasia:				Ramo de Atividade:					
Endereço:					Nº:	Compl.			
Bairro:			Cidade:		Estado:				
Cep:		Fone: ( )			E-mail:				
FUNCIONAMENTO:			ASSISTENCIA:						
	Horário de Abertura	Horário de Fechamento		Entrada	Saída	1º Intervalo		2º Intervalo	
SEGUNDA			SEGUNDA						
TERÇA			TERÇA						
QUARTA			QUARTA						
QUINTA			QUINTA						
SEXTA			SEXTA						
SÁBADO			SÁBADO						
DOMINGO			DOMINGO						
Obs.:									

				de		de	
Cidade		Dia		Mês		Ano	
Assinatura do farmacêutico				Documentos conferidos por:			
Carimbo e / ou nome legível				Assinatura do funcionário			



Dados do **ESTABELECIMENTO** onde já é responsável técnico/ substituto:

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

A primeira parte desta página representa os dados do estabelecimento no qual o profissional já é RT ou FS.

**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. Tanto o número que consta no protocolo (7 dígitos), como o número que conta na CR/RRT/RFS (5 dígitos) podem ser preenchidos neste campo. Caso esteja em branco ou o número esteja errado, o próprio funcionário pode preencher a lápis para identificação. É o único campo que pode haver o preenchimento por parte do funcionário.

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

**6 – Número:** É o número do endereço do estabelecimento.

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

**8 – Bairro:** É o bairro do endereço do estabelecimento.

**9 – Cidade:** É a cidade do endereço do estabelecimento.

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

**11 – CEP:** É o CEP do estabelecimento.

**12 – Fone:** Neste campo, deve-se preencher o telefone fixo do estabelecimento. Caso não possua telefone fixo, deixar em branco.

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



FUNCIONAMENTO:			ASSISTENCIA:				
1	Horário de Abertura	Horário de Fechamento	2	Entrada	Saída	1º Intervalo	2º Intervalo
SEGUNDA			SEGUNDA				
TERÇA			TERÇA				
QUARTA			QUARTA				
QUINTA			QUINTA				
SEXTA			SEXTA				
SÁBADO			SÁBADO				
DOMINGO			DOMINGO				

Obs.: **3**

**1 – Funcionamento:** O farmacêutico deve preencher neste campo, os horários de funcionamento da empresa que deseja assumir a dupla ou tripla responsabilidade.

**2 – Assistência:** O farmacêutico deve preencher neste campo, os horários de assistência na empresa que deseja assumir a dupla ou tripla responsabilidade.

**3 – OBS:** Campo destinado caso o farmacêutico queira fazer alguma colocação adicional em relação aos horários de assistência e/ou funcionamento.

**Observação:** A partes marcadas em **Verde** e em **Amarelo**, aplica-se somente nos casos em que o profissional solicita a tripla responsabilidade, pois será necessário preencher os campos dos dois estabelecimentos que já está vinculado. Neste caso deve seguir as mesmas orientações dos campos **Vermelho** e **Azul**, respectivamente.

**1**

_____	.	_____	de	_____	de	_____
Cidade		Dia		Mês		Ano

**2**

Assinatura do farmacêutico	<b>3</b> Documentos conferidos por:
Carimbo e /ou nome legível	
Assinatura do funcionario	

**1 – Cidade e Data:** Neste campo o requerente 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 requerente 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.