



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

## Instruções para o preenchimento do Formulário 5

O Formulário 5 é o formulário mais utilizado para procedimentos de Pessoa Jurídica no CRF-SP. Nele são solicitados os procedimentos de Assunção, Renovação dos documentos de Regularidade (CR, RRT e RFS) e alterações de horário de assistência e funcionamento. Este formulário é dividido em 3 partes: a parte empresa, a parte profissional e a parte folguista.

**Parte Empresa** – O formulário parte empresa tem como função indicar o procedimento que será realizado junto ao CRF-SP, coletar os dados do estabelecimento solicitante e declarar o horário de funcionamento do estabelecimento solicitante. Segue abaixo o formulário. A imagem foi dividida de acordo com o esquema de cores para facilitar o entendimento.

### FORMULÁRIO Nº 05 (PARTE EMPRESA)

#### SEGUIR INSTRUÇÕES

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

#### REQUERIMENTO DE:

<input type="checkbox"/>	Assunção de Responsabilidade Técnica	<input type="checkbox"/>	Renovação de Certidão de Regularidade
<input type="checkbox"/>	Assunção de Farmacêutico Substituto	<input type="checkbox"/>	Renovação de Registro de Responsabilidade Técnica
<input type="checkbox"/>	Alteração de Horário de Assistência	<input type="checkbox"/>	Renovação de Registro de Farmacêutico Substituto

#### Dados do ESTABELECIMENTO:

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

Se Farmácia, manipula:  Alopacia  Homeopatia

Caso o estabelecimento manipule apenas alopacia e passe a manipular fórmulas homeopáticas, o (s) farmacêutico (s) e representante legal abaixo assinado, comprometem-se a comunicar ao CRF-SP, bem como comprovar a especialização do profissional de acordo com as Resoluções do CFF.



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

### DECLARAÇÃO DE HORARIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO

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

O proprietário/ representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter 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, declarando ainda que, o horário de funcionamento é:

#### ROTINA:

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SABADO		
DOMINGO		

#### PLANTÃO:

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SABADO		
DOMINGO		

Possui FOLGUISTA?  SIM  NAO Se sim, cobre as folgas do:  RT  FS  RT e todos FS

OBS:

		Cidade	Dia	Mês	Ano
Assinatura do farmacêutico responsável e substituto (s):					
1 -					
2 -					
3 -					
4 -					
5 -					
6 -					
			Assinatura do sócio / representante legal		Documentos conferidos por:
			Carimbo e /ou nome legível		Assinatura do funcionario

### FORMULÁRIO Nº 05 (PARTE EMPRESA)

#### SEGUIR INSTRUÇÕES

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

#### REQUERIMENTO DE:

<b>1</b>	<input type="checkbox"/>	Assunção de Responsabilidade Técnica	<b>4</b>	<input type="checkbox"/>	Renovação de Certidão de Regularidade
<b>2</b>	<input type="checkbox"/>	Assunção de Farmacêutico Substituto	<b>5</b>	<input type="checkbox"/>	Renovação de Registro de Responsabilidade Técnica
<b>3</b>	<input type="checkbox"/>	Assunção de Substituto Temporário no período de: ___/___/___ a ___/___/___	<b>6</b>	<input type="checkbox"/>	Renovação de Registro de Farmacêutico Substituto
	<input type="checkbox"/>		<b>7</b>	<input type="checkbox"/>	Alteração de Horário de Assistência

Na parte superior do formulário há instruções em relação ao preenchimento do formulário e a parte de requerimento, ou seja, indica o procedimento solicitado perante o CRF:

**1 – Assunção de Responsabilidade Técnica:** O solicitante preenche essa opção quando a empresa está comunicando a entrada de um Responsável Técnico.

**2 – Assunção de Farmacêutico Substituto:** O solicitante preenche essa opção quando a empresa está comunicando a entrada de um ou mais farmacêuticos substitutos. Essa opção pode ser preenchida em conjunto com a Assunção de Responsabilidade Técnica, quando comunica a entrada conjuntamente.



**3 – Assunção de Substituto Temporário:** O solicitante preenche essa opção quando a empresa está comunicando a entrada de um farmacêutico substituto temporário, e preenche o período de substituição no campo destinado para tal.

**4 – Renovação de Certidão de Regularidade:** O solicitante preenche essa opção quando a empresa requer a renovação da CR, que tem validade de um ano a partir da data de expedição.

**5 – Renovação de Registro de Responsabilidade Técnica:** O solicitante preenche essa opção quando a empresa requer a renovação da RRT, que tem validade de um ano a partir da sua expedição.

**6 – Renovação de Registro de Farmacêutico Substituto:** O solicitante preenche essa opção quando a empresa requer a renovação da RFS para cada Farmacêutico Substituto vinculado ao estabelecimento, que tem validade de um ano a partir da sua expedição.

**7 – Alteração do Horário de Assistência:** O solicitante preenche esta opção quando já possui um documento de RRT e RFS vigente e só alterará o horário de assistência e/ou funcionamento do local, ou, em casos que o estabelecimento que recebe a CR está ou estará com a assistência parcial, também preenche-se essa opção para comunicar somente a alteração de horário sem gerar um novo certificado.

Dados do ESTABELECIMENTO:

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

16

Se Farmácia, manipula:	<input type="checkbox"/> Alopátia	<input type="checkbox"/> Homeopatia
<small>Caso o estabelecimento manipule apenas alopátia e passe a manipular fórmulas homeopáticas, o (s) farmacêutico (s) e representante legal abaixo assinado, comprometem-se a comunicar ao CRF-SP, bem como comprovar a especialização do profissional de acordo com as Resoluções do CFF.</small>		

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 – 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 consta 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 – 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.

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

**14 – Cel:** Neste campo, deve-se preencher o celular do estabelecimento. Caso não possua telefone celular, deixar em branco.

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

**16 – Informativo do tipo de manipulação:** Este campo só se aplica às farmácias de manipulação. Neste campo a farmácia declara qual é o tipo de manipulação no estabelecimento (alopática e/ou homeopática).

#### DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO

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

O proprietário/ representante legal, abaixo assinado, DECLARARÁ ter 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, declarando ainda que, o horário de funcionamento é:

**ROTINA:** **1**

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SABADO		
DOMINGO		

**PLANTAO:** **2**

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SABADO		
DOMINGO		

Possui FOLGUISTA? **3**  SIM  NÃO Se sim, cobre as folgas do:  RT  FS  RT e todos FS

**4** OBS:

Nesta parte do formulário, o estabelecimento requerente deve declarar o horário de funcionamento, assim como, se possui ou não farmacêutico folguista.



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

**1 – Campo Rotina:** Neste campo o estabelecimento requerente deverá informar os horários de funcionamento de rotina do seu estabelecimento. Entende-se como horário de rotina aquele que é praticado em todas as semanas. (Ex: uma drogaria abre às nove horas da manhã e fecha às dezoito horas de segunda à sexta. Se este estabelecimento faz este horário todas as semanas, deve preencher esse horário no campo rotina), portanto ele ficaria disposto desta forma no formulário:

**ROTINA:**

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA	09:00	18:00
TERÇA	09:00	18:00
QUARTA	09:00	18:00
QUINTA	09:00	18:00
SEXTA	09:00	18:00
SABADO		
DOMINGO		

**2 – Campo Plantão:** Neste campo o estabelecimento requerente deverá informar os horários de plantão do seu estabelecimento. Entende-se como “Plantão” as atividades realizadas de forma não consecutiva, ou seja, o horário declarado no plantão quer dizer que não é realizado todas as semanas. (Ex.: uma drogaria declara que aos domingos funciona em forma de plantão. Portanto, preenche na tabela do plantão o horário de abertura e fechamento do estabelecimento neste dia, conforme mostra a figura abaixo).

**PLANTÃO:**

	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SABADO		
DOMINGO	09:00	20:00



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

Há casos em que o estabelecimento pode declarar um horário de rotina e outro de plantão no mesmo dia da semana. Isso ocorre quando o estabelecimento fica aberto mais tempo de forma esporádica. Por exemplo: o estabelecimento funciona na rotina no horário de segunda à sábado de 09:00 às 20:00 e de 09:00 às 13:00 no domingo. Porém há o plantão que é das 09:00 às 20:00 no domingo. A frequência deste plantão pode ser informada no item 4, que é o campo de observações. Neste caso, a forma que deve ser preenchida pode ser verificada na imagem abaixo.

ROTINA:			PLANTÃO:		
	Horário de Abertura	Horário de Fechamento		Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA	09:00	20:00	SEGUNDA		
TERÇA	09:00	20:00	TERÇA		
QUARTA	09:00	20:00	QUARTA		
QUINTA	09:00	20:00	QUINTA		
SEXTA	09:00	20:00	SEXTA		
SABADO	09:00	18:00	SABADO		
DOMINGO	09:00	13:00	DOMINGO	09:00	20:00

Em hipótese alguma os campos rotina e plantão podem estar com o mesmo horário de abertura e fechamento, pois não caracterizaria plantão.

**3 – Folguista:** Entende-se como folguista, o profissional farmacêutico que cobre folgas do responsável técnico e/ou do farmacêutico substituto. Muitas pessoas confundem a função do folguista com a do farmacêutico substituto (FS). O FS exercerá a sua atividade de forma rotineira em complemento ao horário do RT ou junto do mesmo, desde que cumpra-se a assistência de acordo com o ramo de atividade declarado. O folguista só trabalhará em casos de folgas dos titulares (RT e FS) ou substituição nos finais de semana. Caso o estabelecimento declare que possui folguista, assinalando a opção “SIM”, ele deve obrigatoriamente apresentar formulário 5 parte folguista e assinalar no campo ao lado, quais profissionais ele cobrirá as folgas (RT, FS ou RT e todos os FS).

Não há limite de profissionais folguistas em um único estabelecimento, entretanto, deverá apresentar uma via do formulário 5 parte folguista para cada um desses profissionais.

**4 – OBS:** Este é o campo de observações. Neste campo o estabelecimento pode fazer as colocações que achar necessárias em relação ao horários declarados, caso entenda que as informações no quadro de horário de funcionamento não sejam suficientes para explicar, como por exemplo, o regime de plantões realizados pelo estabelecimento ou algum revezamento entre os profissionais.



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

**1**

	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

**2** Assinatura do farmacêutico responsável e substituto (s):

1 -
2 -
3 -
4 -
5 -
6 -

**3** Assinatura do sócio / representante legal

**4** Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário

Carimbo e /ou nome legível

Atualizado em 25/08/2014

Nesta parte do formulário, deve-se colocar as assinaturas dos envolvidos no procedimento (farmacêuticos e representante legal), a data da assinatura e local e a assinatura do funcionário do CRF-SP que analisou o processo.

**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 farmacêutico responsável e substituto(s):** Neste campo os farmacêuticos que já estão ou serão vinculados ao estabelecimento, devem assinar, pois devem ter ciência do horário de funcionamento que a empresa está declarando.

Nos estabelecimentos em que são emitidos Certidão de Regularidade (CR), o RT e todos os FS devem assinar os campos, pois constarão no documento.

Nos estabelecimentos em que são emitidos Registro de Responsabilidade Técnica (RRT) e Registro de Farmacêuticos Substitutos (RFS), somente o(s) farmacêutico(s) que solicita(m) a assunção, renovação ou alteração de horário, assina(m) esta parte do formulário.

**3 – Assinatura do sócio/ representante legal:** É o campo onde o sócio ou o representante legal da empresa deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

**4 – 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.

**Parte Profissional** – O formulário parte profissional tem como função informar a assistência farmacêutica de um profissional farmacêutico que está vinculado ao estabelecimento requerente.



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

### FORMULARIO Nº 05 (PARTE PROFISSIONAL)

#### SEGUIR INSTRUÇÕES

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

#### TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Responsável Técnico  Farmacêutico Substituto

#### Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:  Nº CRF-PJ ou CNPJ:

#### Dados do PROFISSIONAL:

Nome:  Nº CRF-PF:

Endereço:  Nº:  Compl:

Bairro:  Cidade:  Estado:  CEP:

Fone ( )  Cel. ( )  E-mail:

Declaração de HORARIO DE ASSISTENCIA farmacêutica pelo estabelecimento acima descrito.

#### ROTINA:

#### PLANTÃO:

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

Possui ESCALA SEMANAL?  SIM  NAO

OBS:

#### DECLARACAO DE OUTROS VINCULOS PROFISSIONAIS

Não possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is).  Possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is) já declarado (s) no CRF-SP.

Possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is) declarado (s) no (s) formulário (s) 13 (em anexo).

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo e no cumprimento do dever profissional, DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária à empresa acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-SP de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não presta assistência ao estabelecimento, no horário previsto neste termo. DECLARO ainda que:

1 - Comunicarei ao CRF-SP, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 01 dia;

2 - Tenho ciência que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se concretizará com a protocolização no CRF-SP, mediante a apresentação dos seguintes documentos: Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado, comprovante de rescisão contratual e protocolo de baixa da VISA. Na impossibilidade desses, Declaração de próprio punho do profissional comunicando a baixa e os motivos da ausência da certidão, da rescisão e/ou protocolo de baixa na VISA, sob pena de responsabilização ético-profissional.

3 - Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são iguais constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial;

4 - Não receberei salário inferior ao salário ético e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços técnicos;

Assim, nos termos da Lei 3.820/60, das Resoluções do CFF, comparecem a este ato de Homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF-SP, os abaixo assinados

de  de   
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do profissional	Assinatura do sócio / representante legal	Documentos conferidos por:
Carimbo e /ou nome legível	Carimbo e /ou nome legível	Assinatura do funcionario





Na parte superior do formulário há instruções em relação ao preenchimento do formulário e a parte de requerimento. Os campos abaixo numerados tem como finalidade a identificação do cargo e a atualização dos dados cadastrais do profissional que está assinando esse termo de compromisso de assistência farmacêutica.

**SEGUIR INSTRUÇÕES**

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

**TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA**

1  Responsável Técnico 2  Farmacêutico Substituto 3  Farmacêutico Temporário, período: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social: 4  N° CRF-PJ ou CNPJ: 5

Dados do PROFISSIONAL:

Nome: 6 <input type="text"/>		N° CRF-PF: 7 <input type="text"/>	
Endereço: 8 <input type="text"/>		Nº: 9 <input type="text"/>	Compl. 10 <input type="text"/>
Bairro: 11 <input type="text"/>	Cidade: 12 <input type="text"/>	Estado: 13 <input type="text"/>	CEP: 14 <input type="text"/>
Fone: 15 <input type="text"/>	Cel. 16 <input type="text"/>	E-mail: 17 <input type="text"/>	

**1 – Responsável Técnico:** Essa opção é assinalada para indicar que o profissional que assina este formulário é o Responsável Técnico;

**2 – Farmacêutico Substituto:** Essa opção é assinalada para indicar que o profissional que assina este formulário é o Farmacêutico Substituto;

**3 – Farmacêutico Temporário:** Essa opção é assinalada para indicar que o profissional que assina este formulário é o Farmacêutico Temporário, e no campo ao lado coloca o período no qual este profissional estará assumindo este cargo;

**4 – Razão Social:** Neste campo deve-se preencher a razão social do estabelecimento requerente, que deve ser igual ao que foi informado no formulário 5 parte empresa;

**5 – CRF-PJ ou CNPJ:** Neste campo deve-se preencher o CRF-PJ ou o CNPJ, que deve ser igual ao que foi colocado no formulário 5 parte empresa;

**6 – Nome:** Preencher o nome completo do profissional farmacêutico;

**7 – N° CRF-PF:** Preencher o número de inscrição no CRF do profissional;

**8 – Endereço:** Preencher o endereço residencial do profissional;

**9 – Nº:** Preencher o número do endereço do profissional;

**10 – Compl.:** Preencher o complemento do endereço, (apartamento, bloco, lote ou alguma outra informação). Se não houver, deixar em branco;

**11 – Bairro:** Preencher o bairro do endereço residencial do profissional;

**12 – Cidade:** Preencher a cidade do endereço residencial do profissional;

**13 – Estado:** Preencher o Estado do endereço residencial do profissional;



- 14 – CEP:** Preencher o CEP do endereço residencial do profissional;
- 15 – Fone:** Preencher o número de telefone residencial do profissional;
- 16 – Celular:** Preencher o número de celular do profissional;
- 17 – E-mail:** Preencher o e-mail do profissional.

Declaração de **HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA** farmacêutica pelo estabelecimento acima descrito.

**1 ROTINA:**

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

**2 PLANTAO:**

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

**3** Possui ESCALA SEMANAL?  SIM  NÃO

**4** OBS:

Nesta parte do formulário, o profissional declara o seu horário de assistência junto ao estabelecimento no qual é ou será vinculado.

**1 – Campo Rotina:** Neste campo o profissional requerente informará os horários de assistência de rotina. Entende-se como horário de rotina aquele que é praticado todas as semanas. Preencher o horário de entrada, de saída e os intervalos. No campo intervalo, colocar o horário de início e término do seu horário de descanso. O intervalo sempre deve ser entre a jornada de trabalho.

**Ex. 1:** um profissional entra às 09hrs, faz o seu horário de intervalo das 12hrs às 13hrs, e sai do expediente às 18 hrs. Isso ele cumpre de segunda a sexta. Portanto esse horário é declarado da seguinte forma no formulário:

**ROTINA:**

	Entrada	Saída	1º Intervalo		2º Intervalo	
SEGUNDA	09:00	18:00	12:00	13:00		
TERÇA	09:00	18:00	12:00	13:00		
QUARTA	09:00	18:00	12:00	13:00		
QUINTA	09:00	18:00	12:00	13:00		
SEXTA	09:00	18:00	12:00	13:00		
SABADO						
DOMINGO						

**Ex. 2:** um profissional que é sócio do seu estabelecimento, portanto não há um limite de carga horária de trabalho, presta assistência no seu estabelecimento das 08hrs às 22hrs de segunda à sábado, mas realiza 2 intervalos durante o dia um das 12hrs às



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

13hrs e outro das 19hrs às 20hrs, neste caso deve-se preencher da seguinte forma no formulário:

**ROTINA:**

	Entrada	Saída	1º Intervalo		2º Intervalo	
SEGUNDA	08:00	22:00	12:00	13:00	19:00	20:00
TERÇA	08:00	22:00	12:00	13:00	19:00	20:00
QUARTA	08:00	22:00	12:00	13:00	19:00	20:00
QUINTA	08:00	22:00	12:00	13:00	19:00	20:00
SEXTA	08:00	22:00	12:00	13:00	19:00	20:00
SABADO	08:00	22:00	12:00	13:00	19:00	20:00
DOMINGO						

**2 – Campo Plantão:** Neste campo o profissional requerente informará os horários de plantão no seu estabelecimento, entende-se como “Plantão” as atividades realizadas de forma não consecutiva, ou seja, o horário declarado no plantão quer dizer que não é realizado todas as semanas. Isso não quer dizer que se o profissional trabalha em regime de plantão o estabelecimento também terá que ser, pois existem muitos casos em que o estabelecimento exerce o horário como rotina, mas há algum tipo de revezamento entre os profissionais caracterizando o regime de plantão para eles.

**Ex. 1:** um profissional que declara os fins de semana como plantão, informa o horário de trabalho da seguinte forma. O campo “Rotina” fica em branco nesses dias se ele não exercer nenhum horário diferenciado e se o estabelecimento funciona todos os sábados e domingos, deve-se justificar quem fica no lugar dele nos dias em que não trabalha.

**PLANTAO:**

	Entrada	Saída	1º Intervalo		2º Intervalo	
SEGUNDA						
TERÇA						
QUARTA						
QUINTA						
SEXTA						
SABADO	08:00	18:00	13:00	14:00		
DOMINGO	08:00	14:00	12:00	12:15		

**3 – Escala Semanal:** Quando o profissional assinala que possui escala semanal, quer dizer que ele tem folga em algum dos dias que declarou na sua rotina e normalmente não possui um dia de folga fixo. Esse caso é mais comum quando o profissional trabalha nos famosos regimes 5x1, 6x1, 5x2, por exemplo. Nestes casos é importante explicar como é o regime de folgas do profissional e discriminar através de outros profissionais ou de um folguista, quem vai cobrir essas folgas caso se trate de um estabelecimento que exija a assistência integral.



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

**4 – OBS:** Este é o campo de observações. Neste campo o profissional deve fazer as colocações que achar necessárias em relação aos horários declarados, caso entenda que as informações nos quadro de horário de assistência não sejam suficientes para explicar. Como por exemplo o regime de revezamentos ou folgas que é realizado.

### DECLARAÇÃO DE OUTROS VÍNCULOS PROFISSIONAIS

**1**  Não possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is). **2**  Possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is) já declarado (s) no CRF-SP.

**3**  Possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is) declarado (s) no (s) formulário (s) 13 (em anexo).

**4** Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo e no cumprimento do dever profissional, DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária à empresa acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-SP de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decretos 74.170/74 e 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não presta assistência ao estabelecimento, no horário previsto neste termo. DECLARO ainda que:

1 – Comunicarei ao CRF-SP, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 01 dia;

2 – Tenho ciência que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se concretizará com a protocolização no CRF-SP, mediante a apresentação dos seguintes documentos: Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado, comprovante de rescisão contratual e protocolo de baixa da VISA. Na impossibilidade desses, Declaração de próprio punho do profissional comunicando a baixa e os motivos da ausência da certidão, da rescisão e/ou protocolo de baixa na VISA, sob pena de responsabilização ético-profissional.

3 – Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial;

4 – Não receberei salário inferior ao salário ético e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços técnicos;

Assim, nos termos da lei 3.820/60, das Resoluções do CFF, comparecem a este ato de Homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF-SP, os abaixo assinados

Este trecho do formulário refere-se à declaração de outros vínculos profissionais, além do estabelecimento que o farmacêutico está entrando.

**1 – Não possuo outro(s) vínculos profissional(ais):** Assinalar caso não possua outros vínculos profissionais em outros estabelecimentos.

**2 – Possuo outro(s) vínculo(s) profissional(ais) já declarado(s) no CRF-SP:** Assinalar quando possuir outro vínculo que já foi declarado anteriormente ao CRF-SP.

**3 – Possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is) declarado (s) no (s) formulário (s) 13 (em anexo):** Assinalar quando possuir outro vínculo profissional, o qual deve ser declarado em conjunto por meio do formulário 13.

**4 – Termo de Compromisso:** É a declaração formal no formulário no qual o profissional atesta ciência das suas obrigações no dever profissional. Estas obrigações se referem aos comunicados de ausência que devem ser feitos até um dia de antecedência, informação sobre a baixa no CRF, prestação de serviços no estabelecimento e a ciência que não pode receber o salário inferior ao estabelecido em convenções coletivas de acordo com o código de ética.

**1**  ,  de  de   
Cidade Dia Mês Ano

<b>2</b>	Assinatura do profissional	<b>3</b>	Assinatura do sócio / representante legal	<b>4</b>	Documentos conferidos por:
	Carimbo e /ou nome legível		Carimbo e /ou nome legível		Assinatura do funcionário



Nesta parte do formulário, deve-se colocar as assinaturas dos envolvidos no procedimento (farmacêuticos e representante legal), a data da assinatura e local e a assinatura do funcionário do CRF-SP que analisou o processo.

**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 profissional deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

**3 – Assinatura do sócio/ representante legal:** É o campo onde o sócio ou o representante legal da empresa deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

**4 – 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.

**Parte Folguista** – O formulário parte folguista, tem como finalidade comunicar ao CRF-SP que há um profissional que realiza a cobertura das folgas dos RT e FS no estabelecimento, o qual não tem a função de complementar a assistência do estabelecimento, mas estar presente nos dias de folgas dos profissionais vinculados.

### FORMULÁRIO Nº 05 (PARTE FOLGUISTA)

Dados do PROFISSIONAL:			
Nome:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone ( )	Cel. ( )	E-mail:	

  

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



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

### TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTENCIA FARMACEUTICA

DECLARO que presto como farmacêutico folguista, a assistência farmacêutica exigida em Lei Federal ao estabelecimento acima, substituindo o(s) seguinte(s) farmacêutico(s) titular(es), observando e cumprindo o mesmo horário de assistência declarado por ele(s):

--	--

DECLARO que presto como farmacêutico folguista, a assistência farmacêutica exigida em Lei Federal ao estabelecimento acima cobrindo folgas fixas do(s) titulares(s) nos seguintes dias e horários:

			Entrada	Saída	1º Intervalo	2º Intervalo
Segunda-feira	-	Horário:				
Terça-feira	-	Horário:				
Quarta-feira	-	Horário:				
Quinta-feira	-	Horário:				
Sexta-feira	-	Horário:				
Sábado	-	Horário:				
Domingo	-	Horário:				

• Tenho ciência de que a informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á a ação criminal pelo cometimento do crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

**Artigo 299:** Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser inscrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

**Pena** – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

• Tenho ciência de que a informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á ainda às sanções previstas no Código de Ética da Profissão Farmacêutica, (Resolução 596/14 do Conselho Federal de Farmácia), conforme segue:

**Art. 14 - É proibido ao farmacêutico:** V. Deixar de prestar assistência técnica efetiva ao estabelecimento com o qual mantém vínculo profissional, ou permitir a utilização do seu nome por qualquer estabelecimento ou instituição onde não exerça pessoal e efetivamente sua função; IX. Obstar, ou dificultar a ação fiscalizadora das autoridades sanitárias ou profissionais;

**Art. 18 - Na relação com os Conselhos obriga-se o farmacêutico a:** II. Prestar, com fidelidade, informações que lhe forem solicitadas a respeito de seu exercício profissional;

**Art. 20 - As sanções disciplinares consistem em:** I. De advertência ou censura; II. De multa de (um) salário-mínimo a 3 (três) salários-mínimos regionais; III. De suspensão de 3 (três) meses a um ano; IV. De eliminação.

	Cidade	Dia	de	Mês	de	Ano
Assinatura do profissional	Assinatura do sócio / representante legal		Documentos conferidos por:			
Carimbo e / ou nome legível	Carimbo e / ou nome legível		Assinatura do funcionário			

Alterado em 08/11/2016

Nesta primeira parte do formulário, o profissional folguista preenche os seus dados pessoais, para fim de atualização no sistema.

## FORMULÁRIO Nº 05 (PARTE FOLGUISTA)

### 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.

**Dados do ESTABELECIMENTO:**

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

Nesta segunda parte do formulário, deve-se informar os dados do estabelecimento no qual o profissional folguista prestará a assistência.

- 1 – **Razão Social:** Neste campo deve-se preencher a razão social do estabelecimento requerente, 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 – **CNPJ:** Neste campo deve ser preenchido o CNPJ (Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica) do estabelecimento requerente.



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

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

#### **TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

- 1**  DECLARO que presto como farmacêutico folguista, a assistência farmacêutica exigida em Lei Federal ao estabelecimento acima, substituindo o(s) seguinte(s) farmacêutico(s) titular(es), observando e cumprindo o mesmo horário de assistência declarado por ele(s):


- 2**  DECLARO que presto como farmacêutico folguista, a assistência farmacêutica exigida em Lei Federal ao estabelecimento acima cobrindo folgas fixas do(s) titulares(s) nos seguintes dias e horários:

		<i>Entrada</i>	<i>Saída</i>	<i>1º Intervalo</i>	<i>2º Intervalo</i>
<i>Segunda-feira</i>	- <i>Horário:</i>				
<i>Terça-feira</i>	- <i>Horário:</i>				
<i>Quarta-feira</i>	- <i>Horário:</i>				
<i>Quinta-feira</i>	- <i>Horário:</i>				
<i>Sexta-feira</i>	- <i>Horário:</i>				
<i>Sábado</i>	- <i>Horário:</i>				
<i>Domingo</i>	- <i>Horário:</i>				

Nesta parte do formulário o profissional folguista vai discriminar qual tipo de assistência ele vai prestar. Deve escolher uma das opções de assistência (1 ou 2), só poderá selecionar as duas opções caso seja folguista de mais de um profissional.





**1 – Substituição dos farmacêuticos titulares:** Esta opção o profissional folguista informará que a substituição do(s) farmacêutico(s) titular(es) será no mesmo horário de assistência do(s) mesmo(s). Este caso é mais aplicado para os profissionais que trabalham com o regime de escala semanal e não possuem um dia de folga fixo. Portanto já entende-se que nos dias em que o profissional titular folgar, o referido profissional folguista realizará o mesmo horário de assistência declarado. O folguista assinalará a opção e escreverá o nome do(s) titulares.

**2 – Folgas fixas:** Esta opção o profissional folguista informará que a substituição dos profissionais titulares será realizado em dia e horários fixos, neste caso o folguista declara o horário que prestará assistência naquele referido dia. Este caso é mais recomendado nas situações que os profissionais titulares já possuem uma folga determinada e o folguista cobre o horário nesses dias.

- 1** • *Tenho ciência de que a informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á a ação criminal pelo cometimento do crime de falsidade ideológica, previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro.*

*Artigo 299: Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir, ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser inscrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.*

*Penal – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.*

- *Tenho ciência de que a informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á ainda às sanções previstas no Código de Ética da Profissão Farmacêutica, (Resolução 596/14 do Conselho Federal de Farmácia), conforme segue:*

*Art. 14 - É proibido ao farmacêutico: V. Deixar de prestar assistência técnica efetiva ao estabelecimento com o qual mantém vínculo profissional, ou permitir a utilização do seu nome por qualquer estabelecimento ou instituição onde não exerça pessoal e efetivamente sua função; IX. Obstar, ou dificultar a ação fiscalizadora das autoridades sanitárias ou profissionais;*

*Art. 18 - Na relação com os Conselhos obriga-se o farmacêutico a: II. Prestar, com fidelidade, informações que lhe forem solicitadas a respeito de seu exercício profissional;*

*Art. 20 - As sanções disciplinares consistem em: I. De advertência ou censura; II. De multa de (um) salário-mínimo a 3 (três) salários-mínimos regionais; III. De suspensão de 3 (três) meses a um ano; IV. De eliminação.*

**2** \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Cidade Dia Mês Ano

**3** \_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

**4** \_\_\_\_\_  
Assinatura do sócio / representante legal

\_\_\_\_\_  
Carimbo e / ou nome legível

\_\_\_\_\_  
Carimbo e / ou nome legível

**5** Documentos conferidos por:  
  
\_\_\_\_\_  
Assinatura do funcionário

Alterado em 22/08/2014

Nesta parte final do formulário, o profissional informa ciência da veracidade das informações prestadas e também de alguns artigos que estão no código de ética farmacêutica e tanto ele como o representante legal assinam os seus respectivos campos, como o funcionário.

**1 – Termo de Ciência:** Neste termo o profissional fica ciente que a falsidade das declarações prestadas no formulário podem ser sujeitas a sanções penais e também é informado alguns artigos do código de ética farmacêutica. É uma forma de alertar o profissional requerente em relação à responsabilidade das informações prestadas.

**2 – 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.



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

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

**4 – Assinatura do sócio/ representante legal:** É o campo onde o sócio ou o representante legal da empresa deve assinar e escrever o nome legível ou carimbar.

**5 – 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.