



REQUERIMENTO, TERMO E QUADRO DE HORÁRIO PARA O ESTABELECIMENTO
FARMÁCIA HOSPITALAR OU EQUIVALENTE A FARMÁCIA HOSPITALAR
 Formulário em PDF obrigatório o preenchimento digitado

ILMO PRESIDENTE,

Como representante legal da empresa com:

Razão Social:

Fantasia: CNPJ:

Endereço:

Bairro: CEP:

Cidade: E-mail:

Fone Fixo: () Celular: ()

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, para a **Natureza de Atividade** **FARMÁCIA HOSPITALAR** (Hospitais de qualquer porte, UPAs, etc.);

EQUIVALENTE A FARMÁCIA HOSPITALAR (Clínicas Médicas, Atendimento Privativo ou Domiciliar, Manipulação de Quimioterápicos, Etc.).

Requerer **o REGISTRO DO ESTABELECIMENTO;**

Requerer **a ALTERAÇÃO e/ou INCLUSÃO DO QUADRO DE PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS TÉCNICOS** do estabelecimento, já registrado;

Requerer **a ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO, ASSISTÊNCIA OU MODALIDADE DE TIPO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA,** do estabelecimento já registrado, e,

Declaro que o estabelecimento terá horário de funcionamento diário da Farmácia da Unidade Hospitalar:

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"/>

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"/>

Para cumprir a assistência técnica exigida em lei, declaro ciência dos horários de assistência técnica de cada farmacêutico, conforme os formulário(s) anexo(s) a este requerimento contendo o(s) **Termo(s) de Compromisso, Residencial e Declaração de Outras Atividades do(s) Farmacêutico(s) requerente(s) e a Declaração de Estrutura Hospitalar e de Horário de Funcionamento da Farmácia Vinculada**, ficando ciente ainda que, em caso de omissão ou declaração falsa do horário de funcionamento ou assistência dos farmacêuticos, estarei sujeito às sanções legais cabíveis.

Declaro ainda, estar ciente que, ocorrendo a **Baixa de Responsabilidade Técnica do Diretor Técnico**, se faz necessário promover a regularização com **novo Diretor Técnico**, sob pena de aplicação das penalidades prevista no artigo 24, parágrafo único da Lei 3.820/60.

Da mesma forma, declaro ter ciência que a **Baixa da Responsabilidade Técnica de Farmacêutico Substituto** que exerça o mesmo horário de assistência de outro(s) profissional(is), nas folgas ou descanso semanal remunerado dos efetivos, ou ainda a farmacêutico afastado, caracterizará falta de assistência, implicando a obrigação de requerer a anotação de Responsabilidade Técnica de novo farmacêutico substituto, sob pena de autuação na forma do artigo acima indicado, na hipótese da constatação falta de assistência no momento da inspeção.

Cidade: Data: de de Mês: Ano:

Assinado Eletronicamente por CPF e Senha Pessoal do Representante Legal

Ciente – Assinatura do Diretor Técnico