



## ALTERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

<b>EMPRESA (razão social):</b>		
CNPJ: n.º	Inscrição estadual:	CRF/CE nº

HORÁRIO DO ESTABLIMENTO			
Segunda a sexta	Sábado	Domingo	Farmácia 24h Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

<b>1- ALTERAÇÃO REQUERIDA:</b> <b>1.1 – De FUNÇÃO do farmacêutico:</b> De: <input type="checkbox"/> RT                      Para: <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Outros Vínculos <input type="checkbox"/> Outros Vínculos	<b>1.2 – De HORÁRIO do farmacêutico:</b>  COM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>  SEM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>	<b>LEGENDA:</b> RT – Responsável Técnico AT – Assistente Técnico FS – Farmacêutico Substituto Outros Vínculos – Profissional não será RT, AT ou FS
--	--	--

Nome	CPF:	CRF/CE nº				
Endereço:						
E-mail:		Telefones				
Horário de trabalho						
Segunda:	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo

<b>2- ALTERAÇÃO REQUERIDA:</b> <b>1.1 – De FUNÇÃO do farmacêutico:</b> De: <input type="checkbox"/> RT                      Para: <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Outros Vínculos <input type="checkbox"/> Outros Vínculos	<b>1.2 – De HORÁRIO do farmacêutico:</b>  COM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>  SEM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>	<b>LEGENDA:</b> RT – Responsável Técnico AT – Assistente Técnico FS – Farmacêutico Substituto Outros Vínculos – Profissional não será RT, AT ou FS
--	--	--

Nome	CPF:	CRF/CE nº				
Endereço:						
E-mail:		Telefones				
Horário de trabalho						
Segunda:	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo

<b>3- ALTERAÇÃO REQUERIDA:</b> <b>1.1 – De FUNÇÃO do farmacêutico:</b> De: <input type="checkbox"/> RT                      Para: <input type="checkbox"/> RT <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> FS <input type="checkbox"/> Outros Vínculos <input type="checkbox"/> Outros Vínculos	<b>1.2 – De HORÁRIO do farmacêutico:</b>  COM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>  SEM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>	<b>LEGENDA:</b> RT – Responsável Técnico AT – Assistente Técnico FS – Farmacêutico Substituto Outros Vínculos – Profissional não será RT, AT ou FS
--	--	--

Nome	CPF:	CRF/CE nº				
Endereço:						
E-mail:		Telefones				
Horário de trabalho						
Segunda:	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo

**DECLARAMOS** verdadeiras às informações prestadas e estamos cientes de que a omissão ou declaração falsa configura-se " crime de falsidade ideológica", previsto no Art 299 do Código Penal Brasileiro e que teremos de informar ao CRF-CE sobre mudanças de endereço, responsabilidade profissional, contratual e outras que ocorrerem, conforme previsto na legislação.

Estamos cientes que incorreremos em infração aos dispositivos legais Lei 3.820/60; Lei 5.991/73; Lei 6437/77; Decretos Federais 74.170/74; 85.878/8, Código de Ética da Profissão Farmacêutica e outros pertinentes, em caso de descumprimento as normas legais e temos conhecimento que em caso de rescisão do contrato de trabalho a responsabilidade técnica só se concretizará após a data do protocolo no CRF-CE do requerimento de baixa de responsabilidade técnica e entrega da Certidão de Regularidade Técnica ao CRF-CE.

Assinatura Diretor-Técnico

Assinatura Assistente Técnico 1

Assinatura do proprietário ou representante legal

Assinatura Assistente Técnico 2