

**ALTERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA****EMPRESA (razão social):**

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"/>
1- ALTERAÇÃO REQUERIDA: 1.1 - De FUNÇÃO do farmacêutico:				1.2 - De HORÁRIO do farmacêutico:		LEGENDA:	
De: <input type="checkbox"/> RT	Para: <input type="checkbox"/> RT			COM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		RT - Responsável Técnico	
<input type="checkbox"/> AT	<input type="checkbox"/> AT			SEM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		AT - Assistente Técnico	
<input type="checkbox"/> FS	<input type="checkbox"/> FS					FS - Farmacêutico Substituto	
<input type="checkbox"/> Outros Vínculos	<input type="checkbox"/> Outros Vínculos					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	
2- ALTERAÇÃO REQUERIDA: 1.1 - De FUNÇÃO do farmacêutico:				1.2 - De HORÁRIO do farmacêutico:		LEGENDA:	
De: <input type="checkbox"/> RT	Para: <input type="checkbox"/> RT			COM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		RT - Responsável Técnico	
<input type="checkbox"/> AT	<input type="checkbox"/> AT			SEM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		AT - Assistente Técnico	
<input type="checkbox"/> FS	<input type="checkbox"/> FS					FS - Farmacêutico Substituto	
<input type="checkbox"/> Outros Vínculos	<input type="checkbox"/> Outros Vínculos					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	
3- ALTERAÇÃO REQUERIDA: 1.1 - De FUNÇÃO do farmacêutico:				1.2 - De HORÁRIO do farmacêutico:		LEGENDA:	
De: <input type="checkbox"/> RT	Para: <input type="checkbox"/> RT			COM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		RT - Responsável Técnico	
<input type="checkbox"/> AT	<input type="checkbox"/> AT			SEM alteração de Jornada: <input type="checkbox"/>		AT - Assistente Técnico	
<input type="checkbox"/> FS	<input type="checkbox"/> FS					FS - Farmacêutico Substituto	
<input type="checkbox"/> Outros Vínculos	<input type="checkbox"/> Outros Vínculos					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 as 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