



Conselho Federal de Farmácia



CERTIDÃO DE REGULARIDADE

2017

CADASTRO NO CRF SOB Nº 013474	REGIONAL CRF - BAHIA	VALIDADE 31/03/2018	
RAZÃO / DENOMINAÇÃO SOCIAL INSTITUTO NACIONAL DE AMPARO A PESQUISA TEC INOVACÃO E SAUDE			HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO - SEMANA 08:00 até 18:00
NOME FANTASIA INTS			HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO - SABADO Horario não cadastrado
NATUREZA DO ESTABELECIMENTC OUTROS			HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO - DOMINGO Horario não cadastrado
ENDEREÇO AV PROF MAGALHAES NETO 1856 ED TK TOWER			CNPJ 11.344.038/0001-06
LOCALIDADE PITUBA			CIDADE SALVADOR

RESPONSÁVEL TÉCNICO

JULIANA RIBEIRO DA SILVA	009215	Seg: 08:00 as 12:00 e das ___ as ___ / Ter: 08:00 as 12:00 e das ___ as ___ / Qua: 08:00 as 12:00 e das ___ as ___ / Qui: 08:00 as 12:00 e das ___ as ___ / Sex: 08:00 as 12:00 e das ___ as ___ /
--------------------------	--------	--

RESPONSÁVEL(EIS) TÉCNICO(S) SUBSTITUTO(S)

NOME	INSCRIÇÃO	HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA


MÁRIO MARTINELLI JUNIOR
Diretor CRF/BA

Chave de Segurança : afac0ec65370e7d1272a2545a3dbcf49

ESTA CERTIDÃO DEVE SER AFIKADA EM UM LUGAR BEM VISÍVEL AO PÚBLICO

Certificamos que o estabelecimento a que se refere esta Certidão de Regularidade está inscrito neste Conselho Regional de Farmácia, atendendo o que dispõem os artigos 22, parágrafo único e 24, da Lei nº 3.820/60 e do Título IX da Lei nº 6.360/76. Tratando-se de Farmácia e Drograria, certificamos que está regularizada em sua atividade durante os horários estabelecidos pelos Farmacêuticos Responsáveis Técnicos, de acordo com os artigos 15, parágrafos 1º e 2º, e 23, alínea "c", da Lei nº 5.991/73.

OBSERVAÇÕES:

- 1 - Por infração a qualquer norma relativa a atividade profissional perderá este documento seu valor podendo o respectivo CRF determinar o seu recolhimento.
- 2 - A baixa de Responsabilidade Técnica (RT) deverá ser comunicada pelo profissional a Vigilância Sanitária correspondente.
- 3 - Na baixa da Responsabilidade Técnica (RT) será obrigatória a devolução deste documento ao respectivo CRF.

TERMO DE DEVOLUÇÃO:

Ao CRF BA

Eu _____ inscrito (a) neste órgão sob o nº _____, comunico que a partir desta data de demissão ____/____/____ deixo de exercer a função de _____ pelo estabelecimento devolvendo esta CRT para providências cabíveis ao CRF BA.

_____ Local

_____ Data

_____ Assinatura

Outrossim, declaro que deixo esta responsabilidade técnica pelo seguinte motivo:

CÓDIGO DE ÉTICA DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA
Aprovado pela Resolução Nº 417/2004

Art. 12 - O farmacêutico deve comunicar ao Conselho Regional de Farmácia por escrito o afastamento de suas atividades profissionais, das quais detém responsabilidade técnica quando não houver outro farmacêutico que legalmente o substitua.

§ 1º - A comunicação ao Conselho Regional de Farmácia deverá ocorrer no prazo máximo de 5 (cinco) dias após o afastamento quando este ocorrer por motivo de doença, acidente pessoal, óbito familiar ou outro a ser avaliado pelo CRF.

§ 2º - Quando o afastamento for efetivado por doença, o farmacêutico ou seu procurados deverá apresentar para a empresa ou instituição, documento datado e assinado, justificando sua ausência, a ser comprovado por atestado, no prazo de 5 (cinco) dias.

§ 3º - Quando o afastamento ocorrer por motivo de férias, congressos, cursos de aperfeiçoamento, atividades administrativas ou outras atividades, a comunicação ao Conselho Regional de Farmácia deverá ocorrer com antecedência mínima de 1(um) dia.