



## ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA E/OU JORNADA DE TRABALHO E/OU CARGO DO FARMACÊUTICO ESTABELECIMENTO – PÚBLICO

Atendimento: **ON-LINE**

### FORMULÁRIOS E DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

1-) Preencher o formulário no site:

[REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DE EMPRESA E/OU JORNADA DE TRABALHO DO FARMACÊUTICO](#)

Imprimir o requerimento devidamente assinado (manuscrito e/ou com certificado digital) pelo representante legal e diretor técnico do estabelecimento.

2-) Preencher o formulário no site:

[REQUERIMENTO DE TERMO DE COMPROMISSO E ATIVIDADES DO FARMACÊUTICO](#),

Imprimir o requerimento devidamente assinado (manuscrito e/ou com certificado digital) pelo profissional.

OBS: Preencher 01 (um) requerimento para cada **responsável técnico que está sendo contratado**.

3-) Prova de relação contratual entre o estabelecimento público e farmacêutico interessado, juntamente com um dos seguintes documentos comprobatórios abaixo:

- a. Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS (páginas da foto, qualificação civil, contrato de trabalho e anotações gerais), ou CTPS digital (constando todos os dados do profissional, admissão, salário); caso o farmacêutico seja contratado, preenchida conforme [Convenção Coletiva](#) vigente;
- b. Contrato de Prestação de Serviços, para autônomo, quando aplicável, ou Contrato de Prestação de Serviços com indicação do farmacêutico diretor/responsável técnico/substituto, em se tratando de pessoa jurídica;
- c. Cópia da Cédula de identidade profissional física/digital do(s) farmacêutico(s) interessado (s) no processo ou outro documento de identificação com foto.

4-) Cópia de documento oficial com foto do representante legal.

5-) Preencher o formulário: **(SOMENTE SE DESEJA AUTORIZAR UM TERCEIRO)**

[REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO - PESSOA JURÍDICA](#) com firma reconhecida em cartório em caso de terceiros, quando aplicável; entende-se terceiros toda e qualquer pessoa que não seja o representante legal da empresa, OU Procuração Pública ou Procuração Simples com firma reconhecida em cartório, para assinar requerimentos junto ao CRF-MT.



**6-) Escala de Revezamento, (quando aplicável);**

Quando houver a necessidade de realizar o revezamento de farmacêuticos, o órgão público deverá apresentar a escala, contendo as assinaturas e carimbos dos farmacêuticos e do representante legal da mesma. [\(CLIQUE AQUI\)](#)

## COMO ENVIAR A DOCUMENTAÇÃO NO ATENDIMENTO ON-LINE:

- 1-) O requerimento deve estar preenchido corretamente e devidamente assinado pelo solicitante, a assinatura somente será aceita se for de próprio punho, com caneta esferográfica de cor preta ou azul, ou formulário em formato digital em PDF assinado com certificado digital válido;
- 2-) Digitalizar os requerimentos e documentos acima citados no formato .PDF, e enviar por e-mail para o CRF-MT, da seguinte maneira:
  - a. Enviar o e-mail para o endereço eletrônico: [protocolo@crfmt.org.br](mailto:protocolo@crfmt.org.br)
  - b. No campo ASSUNTO do e-mail, escreva exatamente conforme abaixo:  
**ALTERAÇÃO DE CARGO E/OU HORÁRIO**
  - c. Informe no corpo do e-mail seu nome completo e número de telefone para contato;
- 3-) **IMPORTANTE:** Se os documentos enviados estiverem incorretos, ilegíveis e/ou sem as devidas assinaturas nos requerimentos e declarações, e os arquivos anexados em outros formatos será INDEFERIDA a solicitação, devendo o requerente encaminhar nova solicitação, seguindo todas as orientações acima.