



RELAÇÃO DE DOCUMENTOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSO E BAIXA DE RT DE FARMÁCIAS.
FARMÁCIAS HOSPITALARES E DISTRIBUIDORAS DE MEDICAMENTOS.

PROCESSO APENAS VIA PROCEC

FARMÁCIAS COM OU SEM MANIPULAÇÃO DE FÓRMULAS

INGRESSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

1. Cópia da carteira de identidade profissional **ou** RG e CPF do requerente;
2. Comprovação de habilitação legal perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná;
3. Cópia da:
 - ✓ Carteira de Trabalho (CTPS) com a página do contrato de trabalho, data de admissão, foto e dados pessoais **ou**
 - ✓ Contrato Social que comprove propriedade ou sociedade do profissional **ou**
 - ✓ Contrato de Trabalho entre as partes.
4. Quando não dispensar e/ou manipular medicamentos e/ou substâncias sob regime de controle especial (Portaria SVS/MS 344/98), apresentar declaração de que o estabelecimento não realiza estas atividades, assinada pelo Responsável Técnico e pelo Responsável Legal.

BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

1. Cópia da carteira de identidade profissional **ou** RG e CPF do requerente;
2. Cópia do comprovante de habilitação legal perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná;
3. Cópia da:
 - ✓ Carteira de Trabalho (CTPS) com a página da rescisão do contrato de trabalho, data de saída e/ou alteração de filial, foto e dados pessoais **ou**
 - ✓ Alteração do Contrato Social comprovando que o requerente deixou a sociedade **ou**
 - ✓ Distrato de uma relação contratual **ou**
 - ✓ Declaração assinada pelo Representante Legal informando a mudança de função do Responsável Técnico, no mesmo estabelecimento.
4. Caso dispense/manipule medicamentos/substâncias sob regime de controle especial, apresentar:
 - ✓ BMPO e/ou BSPO (Balanço de Medicamentos/Substâncias Psicoativas e de outros Sujeitos a Controle Especial) do período compreendido entre a última apresentação na Vigilância Sanitária até o último dia de trabalho;
 - ✓ RMNRA e/ou RMNRB2 (Relação Mensal de Notificação de Receita A e/ou Notificação de Receita B2) do período compreendido entre a última apresentação na Vigilância Sanitária até o último dia de trabalho;
 - ✓ Finalização do Inventário no SNGPC por Baixa de Responsabilidade Técnica ou Encerramento de Atividades, dos medicamentos e/ou substâncias sujeitas a controle especial conforme a Portaria SVS/MS nº 344/98 ou outra que vier a substituí-la, e dos antimicrobianos conforme a RDC nº 471/2021 ou outra que vier a substituí-la.
5. Caso não dispense/manipule medicamentos/substâncias sob regime de controle especial e/ou antimicrobianos, apresentar:
 - ✓ Declaração assinada pelo Responsável Técnico e pelo Responsável Legal informando que o estabelecimento em tempo algum comercializou substâncias e/ou medicamentos sob regime de controle especial e/ou antimicrobianos **ou**
 - ✓ Declaração assinada pelo Responsável Técnico e pelo Responsável Legal informando que o estabelecimento não teve movimento de substâncias/medicamentos sob regime de controle especial e antimicrobianos, no período entre a última entrega na Vigilância Sanitária e a data de saída do Responsável Técnico.
6. **No caso de encerramento de atividades** do estabelecimento, conforme Art. 23 da Resolução SESA nº 590/2014, além da documentação solicitada nos itens acima, serão exigidos:
 - I. Encerramento de filial: Nota Fiscal de transferência das substâncias/medicamentos sob controle especial.
 - II. Compra/fusão e/ou incorporação do estabelecimento com encerramento das atividades de uma das empresas ou absorção por outro estabelecimento: Nota Fiscal de venda entre pessoas jurídicas das substâncias/medicamentos sob controle especial, mantendo mecanismos que possibilitem a rastreabilidade dos produtos. Não serão aceitas Nota Fiscal ao consumidor ou cupom fiscal.



FARMÁCIA HOSPITALAR

INGRESSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
<p>Cópia (documentos do requerente):</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de identidade profissional ou RG e CPF do requerente.	<p>Cópia (documentos do requerente):</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de identidade profissional ou RG e CPF do requerente.
<p>Cópia da:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Comprovação de habilitação legal perante o Conselho de Classe Profissional.	<p>Cópia da:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Comprovação de habilitação legal perante o Conselho de Classe Profissional.
<p>Cópia da:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de Trabalho (CTPS) com a página do contrato de trabalho, data de admissão, foto e dados pessoais ou;✓ Contrato Social que comprove propriedade ou sociedade do profissional ou;✓ Cópia do Contrato de Trabalho entre as partes.	<p>Cópia da:</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Carteira de Trabalho (CTPS) com a página da rescisão do Contrato de Trabalho, data de saída e/ou alteração de filial, foto e dados pessoais ou;✓ Alteração do Contrato Social comprovando que o requerente deixou a sociedade ou;✓ Distrato de uma relação contratual ou;✓ Declaração assinada pelo Representante Legal informando a mudança de função do Responsável Técnico no mesmo estabelecimento.
	<ul style="list-style-type: none">✓ BMPO (Balanço de Medicamentos/Substâncias Psicoativas e de outros Sujeitos a Controle Especial), desde a última apresentação à Vigilância Sanitária até o último dia de trabalho ou;✓ Declaração assinada pelo Responsável Técnico e pelo Responsável Legal, caso não tenha ocorrido movimentação (aquisição e dispensação) de medicamentos sujeitos a controle especial.



DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS

INGRESSO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA	BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA
<p>Cópia (documentos do requerente)</p> <p>✓ Carteira de identidade profissional ou RG e CPF do requerente.</p>	<p>Cópia (documentos do requerente)</p> <p>✓ Carteira de identidade profissional ou RG e CPF do requerente.</p>
<p>Cópia</p> <p>✓ Certidão de Regularidade Técnica (CRT) emitida pelo Conselho Regional de Farmácia do Paraná</p>	<p>Cópia</p> <p>✓ Certidão de Regularidade Técnica (CRT) emitida pelo Conselho Regional de Farmácia do Paraná</p>
<p>Cópia</p> <p>✓ Carteira de Trabalho (CTPS) com a página do contrato de trabalho, data de admissão, foto e dados pessoais ou;</p> <p>✓ Contrato Social que comprove propriedade ou sociedade do profissional ou;</p> <p>✓ Contrato de Trabalho entre as partes.</p>	<p>Cópia</p> <p>✓ Carteira de Trabalho (CTPS) com a página da rescisão do Contrato de Trabalho, data de saída e/ou alteração de filial, foto e dados pessoais ou;</p> <p>✓ Alteração do Contrato Social comprovando que o requerente deixou a sociedade ou;</p> <p>✓ Distrato de uma relação contratual.</p>
<p>✓ Apresentar declaração assinada pelo Responsável Técnico e pelo Responsável Legal, caso o estabelecimento não fabrique / distribua medicamentos sujeitos a regime de controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/98).</p>	<p>✓ Apresentar RMV (Relação Mensal de Vendas) em 2 (duas) vias, desde a última apresentação à Vigilância Sanitária até o último dia de trabalho, caso o estabelecimento fabrique / distribua medicamentos sujeitos a regime de controle especial (Portaria SVS/MS nº 344/98).</p>