



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA



# CERTIDÃO DE REGULARIDADE

Registrado Sob Nº:

55302

Nome do Estabelecimento:

LCT BRASIL

CNPJ:

11447267000148

Razão Social:

LOGISTICS CLINICAL TRANSPORT BRASIL LTDA

Endereço:

R PE ARNALDO PEREIRA 44 PQ JABAQUARA

Município:

SAO PAULO - SP

Ramo de Atividade:

TRANSP MED/COSM/PROD SAUDE

Horário de Funcionamento do Estabelecimento:

Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 08:00h às 18:00

Responsável Técnico Titular

Dr. FRANCISCO ROMANO

FARMACÊUTICO

CRF:

36931

Horário de Assistência:

Rotina: (Seg - Ter - Qua - Qui - Sex) Das 08:00h às 18:00

(Intervalo Das 13:30h às 14:50h )



Certificamos que este estabelecimento de saúde está registrado no CRF-SP, em consonância com os artigos 1º da Lei nº 6.839/80 e 24 da Lei nº 3.820/60 e possui assistência farmacêutica integral, nos termos da Lei nº 13.021/2014 ou da MP nº 2.190-34/2001.

1 - Este documento deve ser afixado em lugar bem visível ao público.

2 - Por ocasião de mudança no horário de assistência, bem como de dados do estabelecimento, este deverá ser retirado pelo responsável técnico interessado e devolvido ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, requerendo as devidas alterações.

3 - Na constatação de qualquer irregularidade, o fiscal do CRF-SP, no exercício da sua função é obrigado a retirar a Certidão do estabelecimento e devolvê-la ao CRF-SP.

4- Esta Certidão terá validade até **30 DE JANEIRO DE 2019**, exceto se sofrer qualquer alteração de dados quando perderá a validade e deverá ser observado item 2.

Assinatura do Presidente do CRF  
Dr. Marcos Machado Ferreira  
CRF-SP: 32635

SÃO PAULO, 30 DE JANEIRO DE 2018



**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 à Vigilância Sanitária correspondente.

3 - Na baixa da Responsabilidade Técnica (RT) será obrigatória a devolução deste documento ao respectivo CRF.

**TERMO DE DEVOLUÇÃO:**

Ao CRF- \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_ inscrito (a) neste órgão sob o nº \_\_\_\_\_, comunico que a partir desta data de demissão \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ deixo de exercer a função de \_\_\_\_\_ pelo estabelecimento de razão social \_\_\_\_\_ recolhendo e devolvendo esta CRT para as providências cabíveis ao CRF- \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Local

\_\_\_\_\_ Data da comunicação

\_\_\_\_\_ Assinatura do Farmacêutico

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CÓDIGO DE ÉTICA DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA  
Aprovado pela Resolução Nº 596/2014**

Art. 13 - O farmacêutico deve comunicar previamente ao Conselho Regional de Farmácia, por escrito, o afastamento temporário das atividades profissionais pelas quais detém responsabilidade técnica, quando não houver outro farmacêutico que, legalmente, o substitua.

§ 1º - Na hipótese de afastamento por motivo de doença, acidente pessoal, óbito familiar ou por outro imprevisível, que requeira avaliação pelo Conselho Regional de Farmácia, a comunicação formal e documentada deverá ocorrer em 5(cinco) dias úteis após o fato.

§ 2º - Quando o afastamento ocorrer por motivo de férias, congressos, cursos de aperfeiçoamento, atividades administrativas ou outras previamente agendadas, a comunicação ao Conselho Regional de Farmácia deverá ocorrer com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas.

Art. 14 - É proibido ao farmacêutico:

(...)

XXXIV - intitular-se responsável técnico por qualquer estabelecimento sem a autorização prévia do Conselho Regional de Farmácia, comprovada mediante a Certidão de Regularidade correspondente;