

FORMULÁRIO N° 30 (PARTE PROFISSIONAL)

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos corretamente (com letra de forma ou legível). Tracejar todos os campos não utilizados.
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Responsável Técnico

Farmacêutico Substituto

Dados do ESTABELECIMENTO :	CRF-PJ:
Razão Social (Ente Público):	CNPJ:
Razão Social (Gerente/Administrador/Terceiro/OS/Oscip):	CNPJ:

Dados do **PROFISSIONAL**:

Nome:				N° CRF-PF:	
Endereço:			N°:	Compl.	
Bairro:	Cidade:			Estado:	CEP:
Fone:	Cel.:				E-mail:

Declaração de **HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA** farmacêutica pelo estabelecimento acima descrito.

ROTINA:

PLANTÃO:

	Entrada	Saída	1° Intervalo	2° Intervalo
SEGUNDA				
TERÇA				
QUARTA				
QUINTA				
SEXTA				
SÁBADO				
DOMINGO				

	Entrada	Saída	1° Intervalo	2° Intervalo
SEGUNDA				
TERÇA				
QUARTA				
QUINTA				
SEXTA				
SÁBADO				
DOMINGO				

Possui ESCALA SEMANAL?

SIM

NÃO

OBS:

DECLARAÇÃO DE OUTROS VÍNCULOS PROFISSIONAIS

Não possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is).

Possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is) já declarado (s) no CRF-SP.

Possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is) declarado (s) no (s) formulário (s) 13 (em anexo).

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo e no cumprimento do dever profissional, DECLARO que prestarei efetiva assistência técnica ao estabelecimento de saúde acima no horário declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-SP de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60, 5.991/73 e 13.021/2014, Decretos 74.170/74 e 85.878/81, além do Código de Ética da Profissão Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos diplomas citados se não prestar assistência ao estabelecimento no horário previsto neste termo. DECLARO ainda que:

1 – Comunicarei ao CRF-SP, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas;

2 – Tenho ciência que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se concretizará mediante protocolo acompanhado dos seguintes documentos: Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado e comprovante de rescisão contratual. Na impossibilidade de apresentação destes: Declaração de próprio punho do profissional comunicando a baixa e os motivos da ausência da certidão, da rescisão, sob pena de responsabilização ético-profissional.

3 – Tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária publicada em Diário Oficial;

4 – Não receberei salário inferior ao piso e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços prestados;

5 – Informarei ao CRF-SP, por meio dos formulários pertinentes, quaisquer alterações em meu horário de assistência e/ou da declaração de vínculos profissionais.

6 - As horas excedentes às 44 horas e até 56 horas semanais serão tratadas pela empresa como extraordinárias caso o regime jurídico seja regido pela Consolidação das Leis do Trabalho e/ou pagas proporcionalmente, caso a relação jurídica seja regida por instrumento contratual ou outro similar.

Assim, nos termos da lei 3.820/60 e das Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, comparecem a este ato de Homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF-SP, os abaixo assinados:

	,	de	de	
Cidade		Dia	Mês	Ano

Assinatura do profissional

Assinatura do sócio / representante legal

Documentos conferidos por:

Carimbo e /ou nome legível

Carimbo e /ou nome legível

Assinatura do funcionário