



FORMULÁRIO Nº 15 – parte Profissional

TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Todos os campos devem ser preenchidos de forma legível e sem rasuras.



Responsável Técnico (RT) Alterar de RT para FS Farmacêutico Substituto (FS) Alterar de FS para RT

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:	Nº CRF-PJ ou CNPJ:
Preencher em caso de unidades públicas com gestão de organizações sociais:	
Razão Social (Gerente/Administrador/Terceiro/OS/Oscip):	CNPJ:

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:	Nº CRF-PF:		
Endereço:	Nº:	Compl.:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Cel.:	e-mail:	

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

ROTINA: Horário a ser cumprido de forma habitual

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

PLANTÃO: Horário a ser cumprido de forma eventual

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

Sem carga horária definida

ESCALA: Preencher o campo "escala" APENAS SE O PROFISSIONAL POSSUIR FOLGA DENTRO DO HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA DECLARADO, sendo **OBRIGATÓRIA** a manutenção da escala determinada no estabelecimento a ser disponibilizada ao fiscal do CRF-SP.

Escala 6x1 Escala 6x2 Escala 5x1 Escala 5x2 Escala 12x36 Revezar com os demais e garantir a assistência integral
 Altera o horário de assistência nas folgas dos demais e garante a assistência integral Possui folga semanal coberta pelo FSE.

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 13.021/14, 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 12 (doze) 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 ou nome legível

Carimbo ou nome legível

Assinatura do funcionário