



FORMULÁRIO Nº 15 – parte Substituto Eventual TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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



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:	

DECLARO que presto assistência farmacêutica exigida em Lei Federal como farmacêutico substituto eventual ao estabelecimento acima, substituindo o(s) seguinte(s) farmacêutico(s) em suas folgas, observando e cumprindo o mesmo horário de assistência declarado por ele(s) desde a data de ____/____/____:

(Preencher os nomes completos dos farmacêuticos que substitui em caso de folgas)

1-	6-
2-	7-
3-	8-
4-	9-
5-	10-

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 conforme 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 Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos diplomas citados se não prestar assistência ao estabelecimento conforme previsto neste termo. DECLARO ainda que:

- 1 – Tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária publicada em Diário Oficial;
 - 2 – Não receberei salário inferior ao piso e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços prestados;
 - 3 - 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