



# FORMULÁRIO Nº 17



## TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE FARMACÊUTICO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO

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

### Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:	Nº CRF-PJ ou 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.

Período: De \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ . (Máximo 30 dias)

### ROTINA:

### PLANTÃO:

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

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

Possui ESCALA SEMANAL?  SIM  NÃO

OBS:
------

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 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 – Tenho ciência que a baixa da responsabilidade técnica será realizada pelo CRF-SP ao final do período e que havendo afastamento definitivo antes do período acima indicado, a baixa só se concretizará mediante protocolo de baixa.
  - 2 – Tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária publicada em Diário Oficial;
  - 3 – Não receberei salário inferior ao piso e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços prestados;
  - 4 – Informarei ao CRF-SP, por meio dos formulários pertinentes, quaisquer alterações em meu horário de assistência e/ou da declaração de vínculos profissionais.
  - 5 – 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

\_\_\_\_\_  
Carimbo ou nome legível

\_\_\_\_\_  
Carimbo ou nome legível

Documentos conferidos por:
_____ Assinatura do funcionário