



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

DOC. 01 Responsabilidade Técnica Alteração de Assistência Farmacêutica**TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA****Dados do ESTABELECIMENTO**

Razão Social:	
Nome Fantasia:	Nº CRF-TO ou CNPJ:
E-mail:	

Dados do PROFISSIONAL

Nome:		Nº CRF-TO:	
Endereço:			
Nº:	Bairro:	Cidade:	Estado:
CEP:	Fone: ()	Fone: ()	Cel: ()
E-mail:			

 Diretor Técnico Assistência Técnica SubstitutoDeclaração do **HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA** farmacêutica pelo estabelecimento acima descrito:

Segunda-feira	Das : às : , e das : às :
Terça-feira	Das : às : , e das : às :
Quarta-feira	Das : às : , e das : às :
Quinta-feira	Das : às : , e das : às :
Sexta-feira	Das : às : , e das : às :
Sábado	Das : às : , e das : às :
Domingo	Das : às : , e das : às :

*Exemplo: 08:00***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-TO. Possuo outro (s) vínculo (s) profissional (is) declarado (s) no (s) DOC. 02 (em anexo).

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins 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-TO 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-TO, 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. Na impossibilidade de apresentação destes: preenchimento do DOC. 19, 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-TO, por meio dos formulários pertinentes, quaisquer alterações em meu horário de assistência e/ou da declaração de vínculos profissionais.

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-TO, os abaixo assinados:

_____, _____ de _____ de 20____.
Cidade dia mês ano

Assinatura por extenso do profissional

Assinatura por extenso do representante legal

:: As assinaturas devem ser feitas por extenso. Em caso de rubrica deverá esta ter reconhecimento de firma ::