Fls._____

Assinatura

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

☐ Responsabilidade Técnica ☐ Alteração de Horário de Assistência Farmacêutica

**DOC. 01** **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 ☐ Substituto

Declaração 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 Estados 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* ::