



DOC. 01

Responsabilidade Técnica

Alteração do Hor. de Assistência Técnica

### TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

#### Dados do ESTABELECIMENTO

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

#### 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

#### 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\_\_\_\_.

Assinatura do profissional

Assinatura do representante legal