# SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

Fls. Assinatura

# 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 | 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* ::