



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SERGIPE

NÃO SERÃO ACEITOS FORMULÁRIOS DESCONFIGURADOS, COM RASURAS, ILEGÍVEIS, DIGITADOS E COMPLEMENTADOS À CANETA E COM CORES DIFERENTES.

TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DO PROFISSIONAL E DO ESTABELECIMENTO

REQUERIMENTO DE:

- Diretor Técnico Substituto
 Assistente Técnico Alteração de Horário

Dados do **ESTABELECIMENTO:**

Razão Social:		CNPJ:
End.:	Cel.:	E-mail:

Dados do **PROFISSIONAL:**

Nome:		Nº CRF-PF:
Fone:	Cel.:	E-mail:

Declaração de HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA pelo estabelecimento acima descrito.

	EMPRESA				PROFISSIONAL		
	Abertura	Intervalo	Fechamento		Entrada	Intervalo	Saída
SEGUNDA				SEGUNDA			
TERÇA				TERÇA			
QUARTA				QUARTA			
QUINTA				QUINTA			
SEXTA				SEXTA			
SÁBADO				SÁBADO			
DOMINGO				DOMINGO			

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

() DECLARO que POSSUO vínculo com outro estabelecimento ou instituição.

() DECLARO que NÃO exerço outras atividades técnicas.

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estados de Sergipe 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-SE 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/SE, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 01 dia;
 2. Tenho conhecimento de que no caso de afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, *a baixa só se concretizará após o protocolo no CRF/SE* dos seguintes documentos: Certidão de Regularidade Técnica com o verso preenchido e assinado; e ainda, cópia da rescisão de contrato;
 3. Que tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária, publicados em Diário Oficial;
 4. Não receberei salário inferior ao salário *ético* e/ou estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços técnicos;
- Assim, nos termos da Lei 3.820/60, das Resoluções do Conselho Federal de Farmácia, comparecem a este ato de Homologação de Responsabilidade Técnica junto ao CRF/SE, os abaixo assinados.

Aracaju, ____ de _____ 20__.

FARMACÊUTICO REQUERENTE

NOME LEGÍVEL OU RUBRICA COM CARIMBO DO SÓCIO/ RESP. LEGAL



PREENCHER SOMENTE SE POSSUIR OUTRAS ATIVIDADES

Dados do **PROFISSIONAL**:

Nome:		Nº CRF-PF:	
Fone:	Cel.:	E-mail:	

Dados do **ESTABELECIMENTO**:

Razão Social:		CNPJ:	
End.:	Cel.:	E-mail:	

() DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima de acordo com os horários abaixo:

	Entrada	Intervalo	Saída
SEGUNDA			
TERÇA			
QUARTA			
QUINTA			
SEXTA			
SÁBADO			
DOMINGO			

Dados do **ESTABELECIMENTO**:

Razão Social:		CNPJ:	
End.	Tel.	E-mail:	

() DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o estabelecimento ou Instituição de Ensino acima de acordo com os horários abaixo:

	Entrada	Intervalo	Saída
SEGUNDA			
TERÇA			
QUARTA			
QUINTA			
SEXTA			
SÁBADO			
DOMINGO			

Tenho ciência do disposto nos artigos 10 e 19 da Resolução do CFF 596/2014 Anexo I (Código de Ética):

Artigo 10 – O farmacêutico deve cumprir as disposições legais e regulamentares que regem a prática profissional no país, sob pena de aplicação de sanções disciplinares e éticas por este regulamento.

Artigo 19 – O farmacêutico, no exercício profissional, é obrigado a informar por escrito ao respectivo Conselho Regional sobre todos os seus vínculos, com dados completos da empresa (razão social, nome(s), do(s), sócio(s), Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – C.N.P.J., endereço, horários de funcionamento, de responsabilidade técnica – RT), mantendo atualizados os seus endereços residencial e eletrônico, os horários de responsabilidade técnica ou de substituição, bem como sobre qualquer outra atividade profissional que exerça, com seus respectivos horários e atribuições.

Aracaju, ____ de _____ 20__.

PROFISSIONAL REQUERENTE