

# FORMULÁRIO N° 32 (PARTE SUBSTITUTO EVENTUAL)

## SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos corretamente (com letra de forma ou legível). Tracejar todos os campos não utilizados.
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

## TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Dados do <b>ESTABELECIMENTO</b> :	CRF-PJ:
Razão Social (Ente Público):	CNPJ:
Razão Social (Gerente/Administrador/Terceiro/OS/Oscip):	CNPJ:

Dados do <b>PROFISSIONAL</b> :		N° CRF-PF:	
Nome:		N°:	
Endereço:		Compl.:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Cel.:	E-mail:	

DECLARO que presto assistência farmacêutica exigida em Lei Federal como farmacêutico substituto eventual ao estabelecimento acima, substituindo o(s) seguinte(s) farmacêutico(s) em suas folgas, observando e cumprindo o mesmo horário de assistência declarado por ele(s) desde a data de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_:

(Preencher os nomes completos dos farmacêuticos que substituí em caso de folgas)

1-	6-
2-	7-
3-	8-
4-	9-
5-	10-

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo e no cumprimento do dever profissional, DECLARO que prestarei efetiva assistência técnica ao estabelecimento de saúde acima conforme declarado, do qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-SP de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60, 5.991/73 e 13.021/14, Decretos 74.170/74 e 85.878/81, além do Código de Ética Farmacêutica e fico ciente de que incorrerei em infração aos diplomas citados se não prestar assistência ao estabelecimento conforme previsto neste termo. DECLARO ainda que:

- 1 – Comunicarei ao CRF-SP, por escrito, meu afastamento por motivo de férias com antecedência mínima de 01 (um) dia;
  - 2 – Tenho ciência que havendo afastamento definitivo da presente responsabilidade técnica, a baixa só se concretizará mediante protocolo de baixa;
  - 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-SP, por meio dos formulários pertinentes, quaisquer alterações em meu horário de assistência e/ou da declaração de vínculos profissionais.
  - 6 - As horas excedentes às 44 horas e até 56 horas semanais serão tratadas pela empresa como extraordinárias caso o regime jurídico seja regido pela Consolidação das Leis do Trabalho e/ou pagas proporcionalmente, caso a relação jurídica seja regida por instrumento contratual ou outro similar.
- 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-SP, os abaixo assinados:

_____	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

\_\_\_\_\_  
Assinatura do profissional

\_\_\_\_\_  
Assinatura do sócio / representante legal

\_\_\_\_\_  
Carimbo e /ou nome legível

\_\_\_\_\_  
Carimbo e /ou nome legível

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário