

FORMULÁRIO N° 36

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 DE FARMACÊUTICO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO

Dados do ESTABELECIMENTO:

| | |
|---------------|--------------------|
| Razão Social: | N° CRF-PJ ou CNPJ: |
|---------------|--------------------|

Dados do PROFISSIONAL:

| | | | |
|-----------|---------|------------|---------|
| Nome: | | N° CRF-PF: | |
| Endereço: | | N°: | Compl.: |
| Bairro: | Cidade: | Estado: | CEP: |
| Fone: | Cel.: | E-mail: | |

Declaração de **HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA** farmacêutica pelo estabelecimento acima descrito.

Período: De ____/____/____ à ____/____/____. (Máximo 30 dias).

ROTINA:

| | Entrada | Saída | 1° Intervalo | | 2° Intervalo | |
|---------|---------|-------|--------------|--|--------------|--|
| SEGUNDA | | | | | | |
| TERÇA | | | | | | |
| QUARTA | | | | | | |
| QUINTA | | | | | | |
| SEXTA | | | | | | |
| SÁBADO | | | | | | |
| DOMINGO | | | | | | |

PLANTÃO:

| | Entrada | Saída | 1° Intervalo | | 2° Intervalo | |
|---------|---------|-------|--------------|--|--------------|--|
| SEGUNDA | | | | | | |
| TERÇA | | | | | | |
| QUARTA | | | | | | |
| QUINTA | | | | | | |
| SEXTA | | | | | | |
| SÁBADO | | | | | | |
| DOMINGO | | | | | | |

Possui ESCALA SEMANAL? SIM NÃO

OBS:

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 no horário 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 no horário previsto neste termo. DECLARO ainda que:

1 – Tenho ciência que a baixa da responsabilidade técnica será realizada pelo CRF-SP ao final do período e que havendo afastamento definitivo antes do período acima indicado, a baixa só se concretizará mediante protocolo de baixa.

2 – Tenho conhecimento de que os serviços prestados no estabelecimento são aqueles constantes na legislação farmacêutica e sanitária publicada em Diário Oficial;

3 – Não receberei salário inferior ao piso e/ou ao estabelecido em Convenções Coletivas, pelos meus serviços prestados;

4 – Informarei ao CRF-SP, por meio dos formulários pertinentes, quaisquer alterações em meu horário de assistência e/ou da declaração de vínculos profissionais.

5 – 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