



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:

RESPONSÁVEL TÉCNICO ()

ALTERAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ()

SUBSTITUTO () **DECLARAR HORÁRIO DA SUBSTITUIÇÃO NA TABELA ABAIXO.**

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:	CNPJ:
---------------	-------

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:	Nº CRF-SE:
Tel.:	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			

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado 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.

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES

() DECLARO que **POSSUO** vínculo com outro estabelecimento.

() DECLARO que **NÃO** possuo vínculo com outro estabelecimento.

Tenho ciência do disposto nos artigos 10 e 24 da Resolução do CFF 724/2022 (Código de Ética):

Artigo 10 – Art. 10 - Todos os inscritos devem cumprir as disposições legais e regulamentares que regem a prática profissional no país, inclusive aquelas previstas em normas sanitárias, sob pena de aplicação de sanções disciplinares e éticas regidas por este regulamento.

Art. 23 - O profissional, no exercício de sua função, é obrigado a informar por escrito e manter atualizado perante o respectivo Conselho Regional de Farmácia 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, horário de assistência, endereços residencial e eletrônico, telefone, bem como qualquer outra atividade farmacêutica ou não

Aracaju, ____ de _____ de _____.

FARMACÊUTICO(A) REQUERENTE

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



PREENCHER SOMENTE SE POSSUIR OUTRAS ATIVIDADES

DECLARO para os devidos fins que possuo vínculo com o(s) estabelecimento(s) e horário(s) abaixo declarados.

Dados do **PROFISSIONAL:**

Nome:	Nº CRF-SE:
Tel.:	E-mail:

Dados do **ESTABELECIMENTO:**

Razão Social:	CNPJ:
Tel.:	E-mail:

	Entrada	Intervalo	Saída
SEGUNDA			
TERÇA			
QUARTA			
QUINTA			
SEXTA			
SÁBADO			
DOMINGO			

Dados do **ESTABELECIMENTO:**

Razão Social:	CNPJ:
Tel.:	E-mail:

	Entrada	Intervalo	Saída
SEGUNDA			
TERÇA			
QUARTA			
QUINTA			
SEXTA			
SÁBADO			
DOMINGO			

Tenho ciência do disposto nos artigos 10 e 24 da Resolução do CFF 724/2022 (Código de Ética):

Artigo 10 – Art. 10 - Todos os inscritos devem cumprir as disposições legais e regulamentares que regem a prática profissional no país, inclusive aquelas previstas em normas sanitárias, sob pena de aplicação de sanções disciplinares e éticas regidas por este regulamento.

Art. 23 - O profissional, no exercício de sua função, é obrigado a informar por escrito e manter atualizado perante o respectivo Conselho Regional de Farmácia 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, horário de assistência, endereços residencial eletrônico, telefone, bem como qualquer outra atividade farmacêutica ou não.

Aracaju, ____/____/____.

FARMACÊUTICO(A) REQUERENTE