



Serviço Público Federal
Conselho Federal de Farmácia
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO CEARÁ



**FORMULÁRIO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE/ASSISTÊNCIA
TÉCNICA DE FARMACÊUTICO SETOR PRIVADO**

- Contratar Responsável Técnico(RT) Contratar Farmacêutico Substituto(FS) Contratar Assistente Técnico(AT) Transferência para outra filial
- Outros vínculos (Profissional não será RT, AT, FS)

Dados do ESTABELECIMENTO que irá exercer suas atividades:

Razão Social:	Nº CRF/CE	CNPJ:
---------------	-----------	-------

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:	CPF:	Nº CRF/CE:	
Endereço:	Nº:	Compl.	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Telefone:	E-mail letra de forma:		

Declaração de HORÁRIO DE ASSISTÊNCIA farmacêutica pelo estabelecimento acima descrito.

ROTINA: Preencha com os horários de Trabalho anotando o intervalo

	Entrada	Intervalo *	Saída
SEG			
TERÇA			
QUARTA			
QUINTA			
SEXTA			
SÁBADO			
DOM			

* Preencher se houver intervalo

ESCALA: O campo "escala" apenas deverá ser preenchido se o profissional possuir folga dentro do horário de assistência declarado. Se o profissional possuir apenas folgas fixas, não assinalar.

- Escala 6x1 O farmacêutico reveza com o (s) outros farmacêuticos (s) garantindo a assistência integral
- Escala 6x2 O farmacêutico altera seu horário de assistência nas folgas demais, para garantir assistência integral
- Escala 5x1 O farmacêutico possui folga semanal coberta pelo Farmacêutico Substituto
- Escala 5x2
- Escala 12x36

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Ceará 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-CE 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-CE, 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 acompanhado dos seguintes documentos: Formulário de Baixa de Responsabilidade preenchido e o comprovante de rescisão contratual, ambos assinados. Na impossibilidade de apresentação destes: Declaração de próprio punho do profissional comunicando a baixa e os motivos da ausência da certidão, da rescisão, 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-CE, 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 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 outrossimilares.

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-CE, os abaixo assinados:

_____ de _____ de _____

Assinatura do Farmacêutico

Assinatura do Sócio ou Representante legal