

**FORMULÁRIO PADRÃO DE TERMO DE COMPROMISSO E SOLICITAÇÃO DE ATF**

[a ser preenchido e assinado pelo(a) farmacêutico(a) com firma reconhecida]

**SOLICITAÇÃO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA DO (A) FARMACÊUTICO (A)**

CNPJ:.....

Endereço:.....

Telefone:..... Fax:.....

**DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO**

O profissional.....

Categoria ..... Nº CRF-MA....., residente e domiciliado a  
.....bairro.....

Município:.....CEP:.....Fone:.....

Vem requerer a Assistência Técnica como: **Farmacêutico Responsável Técnico** ( ), **Farmacêutico Substituto** ( ), **Farmacêutico Assistente Técnico** ( ) pelo estabelecimento (nome comercial) .....cuja razão social é.....

estabelecida a .....horário de funcionamento:

**Segunda a Sexta-feira** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Sábado** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Domingo** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Município de.....Fone:.....

**TERMO DE COMPROMISSO DO FARMACÊUTICO**

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado do Maranhão – CRF/MA, e no cumprimento do dever profissional, DECLARO, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica ao estabelecimento acima no(s) horário(s):

**Segunda-feira** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Terça-feira** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Quarta-feira** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Quinta-feira** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Sexta-feira** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Sábado** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Domingo** \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ : \_\_\_\_

do qual assumo a **assistência técnica** e demais compromissos para com o CRF/MA, de acordo com o que dispõe as Leis 3.820/60 e 5.991/73, Decreto 74.170/74 e 85.878/81 e o Código de Ética da Profissão Farmacêutica e **fico ciente de que incorrerei em infração aos dispositivos legais e regulamentares citados se não prestar assistência ao estabelecimento, no horário previsto neste termo**, cuja pena é de **multa e/ou suspensão** de 03(três) meses (alínea X, artigo 11, da Resolução 461/07 do Conselho Federal de Farmácia).

DECLARO, outrossim, que pelos meus serviços técnicos profissionais **não receberei salário inferior ao piso salarial estabelecido por acordos ou dissídios da categoria**, infração ética cuja pena é de **multa e/ou suspensão** de 03(três) a 12(doze) meses (alínea XIX, do artigo 11 da Resolução 461/07 do Conselho Federal de Farmácia) e que tenho conhecimento de que no caso de rescisão do contrato de trabalho a presente responsabilidade técnica, só se concretizará após a data do protocolo no CRF/MA do requerimento de baixa de responsabilidade técnica, e entrega do Certificado de Regularidade Técnica a este Conselho.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) Farmacêutico(a)

**DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES DO FARMACÊUTICO (A)**

Declaro para os devidos fins que exerço atualmente as seguintes atividades profissionais ou análogas:

01. FIRMA/ÓRGÃO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_ CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

02. FIRMA/ÓRGÃO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_ CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

03. FIRMA/ÓRGÃO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_ CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_  
HORÁRIO DE TRABALHO: \_\_\_\_\_

04. Não exerço outras atividades profissionais ou análogas ( ) Declaro, também, ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou a declaração falsa no presente documento, sujeitar-me à ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica”, previsto no Código Penal Brasileiro, e, falta ética prevista no Código de Ética Farmacêutica (Resolução 417/04 do Conselho Federal de Farmácia), bem como comprometo-me a comunicar o CRF/MA sobre as eventuais alterações que ocorrerem a qualquer tempo nas informações prestadas, sob pena de incorrer nas mesmas penalidades.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Farmacêutico(a)