

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 ahorário 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.

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Quadra. B, número 7 - São Francisco São Luís - MA CEP: 65075-270.
Fone:
(98) 2107-3850/2107-3851
Fax:(+55 98) 2107-3852
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 9h às 17h.

Seccional Imperatriz

Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa, n. 1163, sala 01 – Centro Imperatriz – MA CEP: 65903-279.
Fone/Fax:
(99) 3221-8981 e 3221-8989
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Av. Catulo, n. 170 Equatorial Shopping Center, 2º Piso - Sala 17, Balsas-MA CEP: 65800-000.
Fone:
(99) 3541-3891
Atendimento ao público:
Segunda à sexta das 14h às 18h.

_____ 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)

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Quadra. B, número 7 - São Francisco São Luís - MA CEP: 65075-270.

Fone:

(98) 2107-3850/2107-3851

Fax: (+55 98) 2107-3852

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 9h às 17h.

Seccional Imperatriz

Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa, n. 1163, sala 01 – Centro Imperatriz – MA CEP: 65903-279.

Fone/Fax:

(99) 3221-8981 e 3221-8989

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Av. Catulo, n. 170 Equatorial Shopping Center, 2º Piso - Sala 17, Balsas-MA CEP: 65800-000.

Fone:

(99) 3541-3891

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 14h às 18h.