

**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.

**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.