



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO MARANHÃO

Rua dos Faveiros, Q. B – Nº 07 – São Francisco – Fone/Fax: 98-2107.3851

E-mail: confar@veloxmail.com.br – home page: www.crfma.org.br

65.075.270 – SÃO LUÍS – MA

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

CNPJ:.....

Endereço:.....

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

DEPARTAMENTO DE FISCALIZAÇÃO

O profissional.....

Categoria Nº CRF-MA....., residente e domiciliado abairro.....

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

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 _____

Farmacêutico



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO MARANHÃO

Rua dos Faveiros, Q. B – Nº 07 – São Francisco – Fone/Fax: 98-2107.3851

E-mail: confar@veloxmail.com.br – home page: www.crfma.org.br

65.075.270 – SÃO LUÍS – MA

DECLARAÇÃO DE OUTRAS ATIVIDADES DO FARMACÊUTICO (A)

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

1. FIRMA/ÓRGÃO: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____

HORÁRIO DE TRABALHO: _____

2. FIRMA/ÓRGÃO: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ CARGO/FUNÇÃO: _____

HORÁRIO DE TRABALHO: _____

3. 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 _____

Farmacêutico