



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA
SETOR DE CADASTRO

FORMULÁRIO OFICIAL

TERMO DE COMPROMISSO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AO ESTABELECIMENTO

SEGUIR INSTRUÇÕES

- A documentação só será aceita com todos os campos devidamente preenchidos (preencher em letra de forma ou legível) e sem rasuras
- Caso a assinatura seja do representante legal anexar procuração e RG (cópia autenticada)

Dados do Estabelecimento

| | | |
|--|---------|-----------|
| Razão Social: | | |
| CNPJ: | | Nº CRF-BA |
| Endereço: | | Nº |
| Bairro: | Cidade: | CEP: |
| Horário de funcionamento do estabelecimento: | | |

Dados do Profissional

| | | |
|--|---------------------|------------------------|
| Nome do profissional: | | Nº do CRF: |
| Vem requerer a responsabilidade técnica: | () Diretor Técnico | () Assistente Técnico |
| Email: | Tel.:() | |
| Endereço: | | Nº |
| Bairro: | Cidade: | CEP: |

Visto Delegado Honorário do CRF/BA
(carimbo)

Para que o Delegado Honorário dê o visto nesta declaração é indispensável que o farmacêutico apresente comprovante de residência (conta de água, luz, telefone, outros.)

Firmo o presente termo perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia - CRF-BA, e no cumprimento do dever profissional, **Declaro**, sob pena das sanções pertinentes, que prestarei efetiva assistência técnica diária ao Estabelecimento acima no horário abaixo pelo qual assumo a responsabilidade técnica e demais compromissos para com o CRF-BA de acordo com a Legislação vigente.

| | Entrada | Intervalo | Saída |
|---------|---------|-----------|-------|
| SEGUNDA | | | |
| TERÇA | | | |
| QUARTA | | | |
| QUINTA | | | |
| SEXTA | | | |
| SÁBADO | | | |
| DOMINGO | | | |

Possui escala semanal?

SIM

NÃO

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

| | | | |
|--------------|-------|---------|-----|
| Firma/Órgão: | | | |
| End.: | | | |
| Bairro: | CEP.: | Cidade: | UF: |
| Horário: | | | |

[Os horários declarados deverão ser compatíveis entre as atividades]

() Não exerço outras atividades profissionais ou análogas.

A informação ou a declaração falsa no presente documento sujeitar-me-á ação criminal pelo cometimento do crime de “falsidade ideológica” previsto no artigo 299 do Código Penal Brasileiro. 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, sofrendo as penalidades do Código de Ética da Profissão Farmacêutica.

_____ de _____ de _____

Assinatura do profissional

Assinatura do sócio / representante legal

Carimbo e /ou nome legível

Carimbo e /ou nome legível