



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: Pharma express distribuidora LTDA | | |
| CNPJ: 29.810.540/0001-12 | | Nº CRF-BA |
| Endereço: Rua Lafaiete Francisco dos Santos, andar 2, sala 211B | | Nº |
| Bairro: Centro | Cidade: Lauto de Freitas.BA | CEP: 45703100 |
| Horário de funcionamento do estabelecimento: das 08:00 as 12:00 | | |

Dados do Profissional

| | | |
|--|---|---|
| Nome do profissional: Airton Justino Moura Gomes Filho | | Nº do CRF: 019309 |
| Vem requerer a responsabilidade técnica: | <input checked="" type="checkbox"/> Diretor Técnico | <input type="checkbox"/> Assistente Técnico |
| Email: Airton_moura@hotmail.com | | Tel.:(71) 996074499 |
| Endereço: Rua do Bangala | | Nº 213 |
| Bairro: Mouraria | Cidade: Salvador.BA | CEP: 40040140 |

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 | 08:00 | | 12:00 |
| TERÇA | 08:00 | | 12:00 |
| QUARTA | 08:00 | | 12:00 |
| QUINTA | 08:00 | | 12:00 |
| SEXTA | 08:00 | | 12:00 |
| 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.

Salvador, 02 de Dezembro de 2024

Assinatura do profissional

Assinatura do sócio / representante legal

Carimbo e /ou nome legível

Carimbo e /ou nome legível