**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

Fls. Assinatura

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Posto de Medicamentos – Deliberação CRF-TO nº 006/2008

Dados do **RESPONSÁVEL**

**DOC. 04**

|  |
| --- |
| Nome Completo: |
| Nacionalidade: | Sexo: |
| Natural de: |
| CPF: | RG: | Org. Exp.: |
| Data de Nascimento: | Estado Civil: |
| Filiação: |
|  |
| Telefones: |
| Endereço: |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| CEP: | Fone: ( ) | Fone: ( ) | Cel: ( ) |
| E-mail: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ASSUMO a responsabilidade pelo presente termo, me compromissando a cumprir os dispositivos que regem o funcionamento de Postos de Medicamentos, e me responsabilizando pelo comércio de medicamentos, que será realizado unicamente com produtos industrializados em suas embalagens originais, e que constem da relação elaborada pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia e publicada no Diário Oficial da União, e que tenho ciência da Deliberação 006/2008 do CRF-TO que rege em âmbito estadual os Postos de Medicamentos.

 , de de 20 .

*Cidade dia mês ano*

Assinatura por extenso do representante legal

:: *As assinaturas devem ser feitas por extenso. Em caso de rubrica deverá esta ter reconhecimento de firma* ::