

## **TERMO DE ADESÃO**

### **PROGRAMA DE APRIMORAMENTO DA FISCALIZAÇÃO, CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA.**

#### **TERMO DE ADESÃO E COMPROMISSO**

**CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE \_\_\_\_\_**

– **CRF/\_\_\_\_**, autarquia pública federal, dotada de personalidade jurídica de direito público, e autonomia administrativa e financeira, criada pela Resolução nº XX, de XX de XXXXXX de 19XX, CNPJ nº XX.XXX.XXX/XXXX-XX, localizada na \_\_\_\_\_ nº \_\_, Bairro \_\_\_\_\_ – XXXXXXXXXXX/XX

Solicita adesão e firma compromisso de cumprir e fazer cumprir as disposições contidas no Programa de Aprimoramento da Fiscalização/CFF - 2025, que dispõem sobre destaque Orçamentário e reserva de numerário a ser repassado a este Conselho Regional de Farmácia, visando incremento do Processo de aplicação do Plano de Fiscalização Anual, objeto da Resolução nº 700, de 29 de janeiro de 2021. O recurso recebido será destinado, exclusivamente, para aplicação na execução do Plano de Fiscalização Anual nos termos deste Programa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Dr.**  
**Presidente.**  
**CPF nº**

\_\_\_\_\_  
**Dr.**  
**Vice Presidente.**  
**CPF nº**

\_\_\_\_\_  
**Dr.**  
**Secretário Geral.**  
**CPF nº**

\_\_\_\_\_  
**Dr.**  
**Tesoureiro**  
**CPF nº**

