



PORTARIA N.º 118, DE 26 DE JUNHO DE 2023

A PREFEITA DO MUNICÍPIO DE JACIARA, ESTADO DE MATO GROSSO, ANDRÉIA WAGNER, no uso de suas atribuições legais,

CONSIDERANDO a Portaria SMS n° 001, de 08 de junho de 2016, que Cria a Comissão de Farmácia e Terapia da Secretaria Municipal de Saúde e dá outras providências;
CONSIDERANDO a necessidade de promover o uso racional de medicamentos no município para alcance da saúde individual e coletiva;
CONSIDERANDO a complexidade para manejar e melhorar o uso dos medicamentos face a multiplicidade de alternativas existentes na atualidade;
CONSIDERANDO a dificuldade de assegurar completa comunicação e coordenação de ações entre os profissionais de saúde, resolve:

Art. 1º. Nomear membros para compor a Comissão de Farmácia e Terapia da Secretaria Municipal de Saúde de Jaciara.

Art. 2º. Ficam nomeados os servidores:

Vanessa Cristina Santini Santana – Médica

Fabício Olino Suardi - Farmacêutico

Laura Thalita de Araujo Gaklik - Farmacêutica

Roseli Schuh - Odontóloga

Nathieli Araujo Domingos Baratto - Enfermeira

Art. 3º. Os trabalhos desenvolvidos pelos membros ora nomeados, serão considerados serviços públicos relevantes, não sendo, portanto, remunerados.

Art. 4º. Cada membro nomeado deverá preencher o Formulário de Declaração de Conflito de Interesses, modelo em anexo.

Art. 5º. A CFT terá o prazo de 15 dias para elaboração e publicação do seu Regimento Interno.

Art. 6º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Jaciara/MT, 26 de Junho de 2023.

REGISTRE-SE,
PUBLIQUE-SE,
CUMPRA-SE.

ANDRÉIA WAGNER
Prefeita Municipal – 2021 a 2024

Registrada e publicada de conformidade com a legislação vigente, com afixação nos lugares de costumes estabelecidos por Lei Municipal. Data Supra.



FORMULÁRIO DE DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES
CFT - Comissão de Farmácia e Terapia
TERMO DE DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nome completo: _____
Especialidade: _____
Estabelecimento, sociedade ou órgão empregador: _____
Função: _____
Endereço(s) profissional (is): _____
RG: _____ CPF: _____
Telefones: _____
Endereço eletrônico: _____

Instituições onde trabalha ou mantenha relações de qualquer natureza pelas quais aufera:

- a) rendimentos pecuniários de qualquer espécie;
- b) prêmios, presentes e assemelhados;
- c) poder de influência; e,
- d) prêmios ou outras prerrogativas honoríficas:

1. Nome da Instituição: _____
Cargo/Função: _____
Natureza do Vínculo: _____
Possíveis áreas de conflito de interesse: _____

2. Nome da Instituição: _____
Cargo/Função: _____
Natureza do Vínculo: _____
Possíveis áreas de conflito de interesse: _____

3. Nome da Instituição: _____
Cargo/Função: _____
Natureza do Vínculo: _____
Possíveis áreas de conflito de interesse: _____

Pelo presente documento, DECLARO sob palavra que de meu conhecimento, declaro não possuir qualquer interesse conflitante ou vínculo com instituições, organizações ou pessoas que possam de alguma forma se beneficiar ou ser prejudicadas pelos resultados das minhas atividades na CFT.

Assinatura individual do membro