



TERMO DE CIÊNCIA

Eu, _____, Nacionalidade _____, Estado Civil _____, Profissão _____, CRM _____, RG _____, CPF _____, endereço profissional _____, e e-mail _____ declaro e estou ciente de que meu pedido de filiação junto à Associação Brasileira de Psiquiatria – ABP é na condição de Associado médico **NÃO PSQUIATRA**, que **tem INTERESSE em Psiquiatria**.

Declaro que tenho conhecimento da Resolução CFM 1.974/11, que trata do **Manual de Publicidade Médica**, e entendo que é vedado utilizar a condição de associado(a) médico não especialista em psiquiatria da ABP para fazer publicidade, anúncios e/ou propaganda, por qualquer meio de comunicação, me intitulando médico(a) Psiquiatra.

Declaro ainda que, estou ciente que é vedado ao médico, conforme Artigo 3º alínea “a” da Resolução CFM 1.974/11: *“Anunciar, quando não especialista, que trata de sistemas orgânicos, órgãos ou doenças específicas, por induzir a confusão com divulgação de especialidade”*.

Deste modo, declaro estar ciente de que, como médico que está ingressando na ABP na qualidade de novo associado na categoria associativa médico não especialista em psiquiatria, tendo em vista que ainda não possuo registro da especialidade de Psiquiatria, estou proibido de utilizar de minha condição de Associado para fazer publicidade ou promoção pessoal como médico psiquiatra, uma vez que não possuo o devido registro da especialidade - RQE junto ao Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado competente.

Portanto, a filiação na ABP não me torna um(a) especialista sem o devido registro da especialidade (RQE) em Psiquiatria, junto ao Conselho Regional de Medicina do meu Estado.

Por consequência, declaro a concordância de que a publicidade médica deve obedecer exclusivamente a princípios éticos de orientação educativa, não sendo comparável à publicidade de produtos e práticas meramente comerciais (Capítulo XIII, artigos 111 a 117 do Código de Ética Médica e Resoluções do CFM relativas a tal área). O não cumprimento levará ao desligamento sumário como associado da ABP.

_____, ____/____/____.

Assinatura do(a) requerente