

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (**Sesab**)Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (**Saftec**)Diretoria de Assistência Farmacêutica (**Dasf**)Coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (**Coafe**)**CARTA DE DESVINCULAÇÃO/TRANSFERÊNCIA DO CEAF SES-BA**

LOCAL: _____ BAHIA.

DATA: ____/____/____.

De acordo com as diretrizes da Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia, estamos cancelando o cadastro do paciente Sr(a): _____, CNS: _____, CID-10: _____, da unidade _____, número da APAC: _____.

MOTIVO DA DESVINCULAÇÃO OU TRANSFERÊNCIA

- () Transferência para outro estado;
() Óbito;
() Suspensão do tratamento por ordem médica;

Obs: É necessário que o paciente apresente esta documentação com preenchimento completo e legível para casos de transferência para outro estado na unidade de destino.

Desta forma, informamos que o paciente recebeu desta unidade o medicamento e quantitativo abaixo:

MEDICAMENTO	QUANTIDADES MENSAIS AUTORIZADAS NO LME			DATA DA ÚLTIMA DISPENSAÇÃO
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS	

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL PELO CANCELAMENTO E DISPENSAÇÃO

ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL