



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DE SAÚDE DA BAHIA-**SESAB**

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE- **SAFTEC**
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA- **DASF**

FORMULÁRIO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL DO GESTOR DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL - RP COMPARTILHADO

DADOS DO MUNICÍPIO			
Município			DIRES
Macro:	Micro	Tel.:	Fax:
Endereço CAF			
Endereço SMS			

RESPONSÁVEL			
Eu,			
RG	UF	CPF	residente a rua
Cidade	CEP		
Tel. Fixo	Celular		
e-mail:			
Comprometo-me em assumir a responsabilidade na atualização dos dados do SIMPAS, no que se refere ao Planejamento, Requisição e Autorização de Fornecimento de itens da Assistência Farmacêutica Básica – AF Municipal, liberados nos Registros de Preço do Estado, bem como respeitar as normas de segurança e restrições de sistema impostas pelos sistemas de segurança.			

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura por extenso – Farmacêutico(a)

Rubrica – Farmacêutico(a)

Assinatura por extenso – Secretário(a) Municipal de Saúde

Rubrica - SMS