



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**
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA - **CAFAB**

TERMO DE RESPONSABILIDADE DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL

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

FARMACÊUTICO			
Eu,	CRF-BA nº		
RG	UF	CPF	residente a rua
Cidade	CEP	Tel. Fixo	
Celular	e-mail:		
Comprometo-me em assumir as ações referentes à Assistência Farmacêutica do município acima citado, estar ciente das legislações vigentes que norteiam a Assistência Farmacêutica, bem como da responsabilidade da atualização dos dados do SIGAF, para que estes possam ser utilizados pela AF municipal, estadual e auditoria, sem prejuízo das ações que estão a eles vinculados.			

SECRETÁRIO DE SAÚDE			
Eu,			
RG	UF	CPF	residente a rua
Cidade	CEP	Tel. Fixo	
Celular	e-mail:		
Comprometo-me a assegurar o cumprimento das ações referentes à Assistência Farmacêutica do município acima citado.			

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura por extenso – Farmacêutico(a)

Rubrica – Farmacêutico(a)

Assinatura por extenso – Secretário(a) Municipal de Saúde

Rubrica - SMS