



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 PARA UTILIZAÇÃO DO CORREIO ELETRÔNICO E DO SIGAF

Na qualidade de Farmacêutico(a) Responsável pela Assistência Farmacêutica do município de _____, declaro para os fins e efeitos de direito ter pleno conhecimento das normas estabelecidas para utilização do Correio Eletrônico da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (Portaria SESAB nº 2.556 de 01 de outubro de 2007) e do Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica Municipal - SIGAF (Resolução CIB nº 251 de 17 de dezembro de 2009), obrigando-me a cumpri-las integralmente. Declaro estar ciente que:

- 1) A utilização do e-mail é exclusiva para atividades e procedimentos inerentes a Assistência Farmacêutica Municipal e que o descumprimento das normas descritas caracteriza violação aos deveres profissionais e conseqüente sujeição às penalidades previstas pela Administração do Governo Estadual da Bahia.
- 2) A utilização do SIGAF, através do usuário "Farmacêutico Responsável Técnico AF Municipal", é exclusiva do profissional farmacêutico responsável pela Assistência Farmacêutica Municipal e o descumprimento das normas descritas caracteriza violação aos deveres profissionais e conseqüente sujeição às penalidades previstas pela Administração do Governo Estadual da Bahia.
- 3) O cadastro dos usuários municipais, bem como a capacitação dos mesmos, serão realizados pelo Farmacêutico Responsável Técnico, ficando a utilização do SIGAF por esses usuários sob a sua responsabilidade.
- 4) Em caso de rescisão do contrato de trabalho com o referido município deverei informar por escrito à Diretoria de Assistência Farmacêutica.

_____, _____ de _____ de _____

Farmacêutico(a) Responsável