

TERMO DE ADESÃO À REDE DE FARMÁCIAS PARCEIRAS DE PERNAMBUCO

Município: _____
Nome do(a) Secretário(a) de Saúde: _____

Por meio deste TERMO DE ADESÃO, o Município de _____
Representado pela Secretaria Municipal de Saúde, manifesta formal interesse em integrar a REDE DE FARMÁCIAS PARCEIRAS DE PERNAMBUCO, ciente dos critérios, responsabilidades e condições estabelecidas no Plano de Trabalho e no Termo de Cooperação Técnica firmado com a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco – SES/PE.

OBJETIVO DA ADESÃO

O presente Termo tem por finalidade formalizar a manifestação de adesão do Município à Rede de Farmácias Parceiras de Pernambuco, com vistas à descentralização da dispensação dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF, ampliando o acesso dos usuários do SUS.

RESPONSABILIDADES DO MUNICÍPIO ADERENTE

1. Cumprir as obrigações assumidas no Termo de Cooperação Técnica, especialmente quanto à estruturação da farmácia, recursos humanos, requisitos sanitários e uso de sistemas informatizados.
2. Manter equipe técnica qualificada, incluindo farmacêutico responsável técnico (RT) com registro ativo no CRF-PE.
3. Assegurar a guarda, conservação e dispensação adequada dos medicamentos do CEAF, conforme normas sanitárias e diretrizes operacionais da SES/PE.
4. Cooperar com o monitoramento, auditorias e acompanhamento técnico realizados pela SES/PE.

RESPONSABILIDADES DA SES/PE

1. Fornecer os medicamentos do CEAF, conforme demandas autorizadas e protocolos vigentes.
2. Oferecer capacitação técnica, suporte operacional e acompanhamento periódico das atividades da farmácia parceira.
3. Assegurar o suporte técnico sobre os sistemas informatizados e fluxos operacionais.

VIGÊNCIA

O presente Termo de Adesão vigorará por prazo idêntico ao Termo de Cooperação Técnica ao qual está vinculado, incluindo eventuais prorrogações.

DISPOSIÇÕES FINAIS

1. Este Termo possui natureza acessória, sendo parte integrante e indissociável do Termo de Cooperação Técnica firmado entre as partes.
2. O Município declara estar ciente de todas as condições, obrigações e responsabilidades decorrentes da adesão à Rede de Farmácias Parceiras de Pernambuco.

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do(a) Secretário(a) Municipal de Saúde: _____

Assinatura do Representante da SES/PE: _____

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____