**Formulário para elaboração de Relatórios de Projetos apoiados pelo PROFAF SUS/ES**

**(Programa de Fortalecimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde)**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Identificação do Projeto** | |
| Município Executor: | |
| Farmacêutico Responsável: | CRF: |
| Instituição: | |
| Coordenador/Supervisor: | |
| Projeto: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2. Período a que se refere esse Relatório**  (Assinale e preencha uma das alternativas) | |
| ( ) Relatório Parcial: | ( ) Relatório Final: |

|  |
| --- |
| **3. Objetivo Geral (conforme descrito no Projeto)** |
|  |

|  |
| --- |
| **4. Resumo das atividades executadas** |
|  |

|  |
| --- |
| **5. Resultados alcançados** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6. Detalhamento das despesas referentes ao recurso repassado pelo PROFAF** | | |
| **Data** | **Discriminação do gasto** | **Valor (R$)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **7. Assinaturas** | | |
| **Farmacêutico Responsável** | **Coordenador/Supervisor** | **Secretário Municipal de Saúde** |