**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO**

|  |
| --- |
| Município: |
| Microrregião: |
| Farmacêutico responsável: CPF: |
| Secretário de Saúde: CPF: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dados da Equipe | | |
| Autor principal: |  | CPF: |
| Profissão: | | |
| Tipo de vínculo do autor principal: | ( ) Efetivo | ( ) Contratado |
| Coautores: | | |
|  | | |
| Área(s) envolvida(s): | | |

|  |
| --- |
| Dados do Projeto |
| Título: |
| Categoria da proposta:  ( ) Ações para implantação do Cuidado Farmacêutico  ( ) Ações para adequação/estruturação da Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)  ( ) Ações para adequação/estruturação dos serviços de assistência farmacêutica  ( ) Ações para promoção da educação permanente e de capacitação dos profissionais inseridos na assistência farmacêutica |

Farmacêutico Responsável Secretário de Saúde Municipal