**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