

Anexo I  
Termo de adesão do Município ao Programa Farmácia Cuidar+

TERMO DE ADESÃO DO MUNICÍPIO \_\_\_\_\_, POR INTERMÉDIO  
DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, AO PROGRAMA FARMÁCIA  
CUIDAR+ DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

O Município \_\_\_\_\_, por meio da Secretaria Municipal de Saúde, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ nº. \_\_\_\_\_, com sede no endereço \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_, de ora em diante denominada SMS, neste ato representado pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde, o(a) Senhor(a) \_\_\_\_\_, portador(a) do RG nº. \_\_\_\_\_ e inscrito (a) no CPF nº. \_\_\_\_\_, firma o presente Termo de Adesão, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O objeto deste termo de adesão formaliza a adesão ao Programa Farmácia Cuidar+, nos termos da Portaria SES nº 649, de 13 de setembro de 2021 e estabelece compromissos a serem cumpridos pelo gestor municipal do SUS.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO FINANCIAMENTO**

O repasse do recurso do Estado ocorrerá na modalidade fundo a fundo, para ações da assistência farmacêutica nas Farmácias de Medicamentos Especiais, para o Fundo Municipal de Saúde em parcela única conforme porte da Farmácia, o qual deverá ser utilizado conforme preconizado na Portaria SES nº 649/2021, cujas aquisições ocorrerão segundo normas legais licitatórias.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO COMPROMISSO ASSUMIDO PELA GESTÃO MUNICIPAL DO SUS**

A referida adesão ao Programa acarretará no aceite compulsório à realização das seguintes ações, que deverão ser realizadas até junho de 2022: Cadastro atualizado da Farmácia de Medicamentos Especiais no SCNES; Alvará sanitário da farmácia atualizado ou relatório de inspeção sanitária com resultado satisfatório perante a vigilância sanitária; Certidão de Regularidade Técnica perante o Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul; Realização de serviços farmacêuticos clínicos e instalação de identificação visual do estabelecimento de saúde conforme descrito na Portaria SES nº 649/2021.

**CLÁUSULA TERCEIRA- DA VIGÊNCIA**

Este termo de adesão vigorará a partir da data de sua assinatura.

\_\_\_\_\_ (local), \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

Farmacêutico Responsável pela Farmácia de Medicamentos Especiais:

Nome completo do farmacêutico:

CPF:

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Secretário Municipal de Saúde:

Nome completo do Secretário Municipal de Saúde:

CPF:

Assinatura: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Documento Assinado Digitalmente