

**TERMO DE COMPROMISSO DE ATUALIZAÇÃO DE ENDEREÇO**

Declaro para os devidos fins de direito, em face do art. 8º, inciso IV, da Lei estadual nº 12.209/2011, que resido e mantenho domicílio na [\_\_\_\_\_], comprometendo-me a manter atualizado o endereço ora informado perante a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, comunicando, previamente, por escrito, qualquer alteração que venha a ser procedida, pelo prazo de 05 (cinco) anos.

---

**NOME DA INSTITUIÇÃO /  
NOME DO RESPONSÁVEL / ASSINATURA - RG/CPF**