

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, profissão
_____, cadastrado pelo número do conselho de
classe (**CREMEB** ou **COREN**), _____, serei o profissional
responsável pela aplicação do medicamento (**NOME GENÉRICO**)
_____, no paciente
_____.

Data: ____ / ____ / ____ Local: _____

Telefone de contato: _____

E-mail do profissional: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável: _____

E-mail da Farmácia/CEDEBA: cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br
Telefone: (71) 3103-6039/6040

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____, profissão
_____, cadastrado pelo número do conselho de
classe (**CREMEB** ou **COREN**), _____, serei o profissional
responsável pela aplicação do medicamento (**NOME GENÉRICO**)
_____, no paciente
_____.

Data: ____ / ____ / ____ Local: _____

Telefone de contato: _____

E-mail do profissional: _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

E-mail da Farmácia/CEDEBA: cedeba.farmacia@saude.ba.gov.br
Telefone: (71) 3103-6039/6040