

**GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA**Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (**Sesab**)Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologias em Saúde (**Saftec**)Diretoria de Assistência Farmacêutica (**Dasf**)Coordenação da Assistência Farmacêutica na Atenção Especializada (**Coafe**)**CARTA DE TRANSFERÊNCIA DO CEAF SES-BA**

De acordo com as diretrizes da Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia, estamos encerrando o cadastro do paciente Sr(a): _____, CNS: _____, CID-10: _____, da unidade _____, número da APAC: _____.

MOTIVO DA DESVINCULAÇÃO

() Transferência para outro estado;

Desta forma, informamos que o paciente recebeu desta unidade o medicamento e quantitativo abaixo:

MEDICAMENTO	QUANTIDADES MENSAIS AUTORIZADAS NO LME			LOTE	VALIDADE	DATA DA ÚLTIMA DISPENSAÇÃO
	1º MÊS	2º MÊS	3º MÊS			

Obs.: É necessário que o paciente apresente LME adequadamente preenchido, prescrição médica contendo as informações exigidas na legislação vigente e documentos para monitoramento do tratamento estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado. **Esta documentação deve ser legível e sem rasuras para transferência a outros estados na unidade de destino.**

DATA _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO(A) RESPONSÁVEL PELA TRANSFERÊNCIA

ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL