

*O ofício deve vir com brasão da SMS/prefeitura (papel timbrado)

Ofício. Nº **/2025

Assunto: Adesão PDCEAF – município ***

** de mês de 2025

Ao CAF da SRS ***

Prezados,

Venho expressar o interesse do Município *** em executar as etapas do fornecimento de medicamentos do CEAF para seus munícipes, segundo Resolução SES/MG nº 10.397, de 20 de agosto de 2025. A Farmácia Municipal está situada no endereço (endereço da(s) farmácia(s) municipal(is)/UAPS) e cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) sob número ***.

Desde já agradeço e me coloco a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Secretário de Saúde Municipal