



Termo de Fornecimento - Tocilizumabe

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Razão Social: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia CNPJ: 05816630000152
Endereço: Rua Antônio Andrade, 241. Porto Seco Pirajá
CEP: 41.233-015 Cidade: Salvador UF: BA
Nome do contato:
Tel.: 3115-4383 Fax:
e-mail1: dasf.diretoria@saude.ba.gov.br e-mail 2: luiz.dutra@saude.ba.gov.br

Unidade Solicitante

Razão Social: CNPJ:
Endereço:
CEP: Cidade: UF:
Nome do contato:
Tel.: Fax:
e-mail 1 : E-mail 2:

Medicamentos Solicitado	Quantidade (ampolas)
Tocilizumabe 20 mg/ml, 10 ml, 200mg	XX

Responsável – SESAB

Setor: Superintendência de Assistência Farmacêutica, Ciência e Tecnologia em Saúde - SAFTEC

Responsável: Luiz Henrique Gonzales d'Utra

Tel.: 71 3115 4179

Email: luiz.dutra@saude.ba.gov.br

Assinatura e carimbo/Data

Responsável-Instituição Solicitante

Nome:

Cargo:

Assinatura e carimbo/Data

Declaro ter ciência do Protocolo desse medicamento, estabelecido pelo Instituto Couto Maia e que o paciente: _____ se enquadra nos critérios do referido protocolo.

*Médico Assistente ou Diretor Médico
Assinatura e carimbo/Data*