



Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Vigilância em Saúde
Gerência de Produtos e Serviços de Interesse da Saúde
Subgerência de Medicamentos

Termo de Responsabilidade para Informatização de Livros

São Paulo, ____ de _____ de _____
À COVISA – Coordenação de Vigilância em Saúde – São Paulo – Capital

Eu, _____ CRF nº _____ responsável técnico pelo estabelecimento: _____ _____ CNPJ nº _____, com ciência de seu responsável legal: _____ CPF nº _____ situado à _____ nº _____ compl. _____ bairro: _____ CEP _____ telefone: _____ email: _____

Declaramos que utilizaremos o programa: _____ Versão: _____, desenvolvido pela empresa: _____ _____ CNPJ n. _____ situado à _____ nº _____ compl. _____ bairro: _____ CEP _____ telefone: _____ email: _____ para escrituração dos medicamentos e substâncias sujeitas a controle especial, e/ou das fórmulas manipuladas, e me responsabilizo: <ol style="list-style-type: none">1. pela garantia da integridade e segurança dos dados do programa;2. em atualizar o programa utilizado assim que o desenvolvedor disponibilize uma nova versão do mesmo;3. em realizar periodicamente cópias de segurança dos dados e mantê-las em local seguro;4. em manter em minha empresa uma cópia atualizada em forma digital ou impressa do livro de registro geral e livro específico para pronta conferência das autoridades competentes;5. pelo sigilo, segurança e em realizar alterações periódicas da senha fornecida para acesso ao programa;
--

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos, _____ Assinatura Responsável Legal	_____ Assinatura Farmacêutico Responsável Técnico
---	--