

Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Sede - sala 725 – Brasília/DF Cep: 70058-900

TERMO DE COMPROMISSO DO GESTOR

Eu _____ Gestor (Municipal/Estadual) _____ de
Saúde ou das Redes Intersetoriais (SUAS) de (nome do Município/Estado) _____
CNES (do estabelecimento) _____ reiterei o compromisso desta
Secretaria ou Estabelecimento de Saúde com o profissional _____
_____ para participar do curso **Álcool e
outras drogas, da coerção à coesão.**

Declaro que o(a) profissional dispõe das horas semanais necessárias durante o período do curso, para a realização de atividades, bem como apoiá-lo na realização das mesmas, que poderão estar voltadas à avaliação e à intervenção em situações e necessidades concretas dos pontos de atenção.

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo do Gestor