



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**viva**  
*o trabalho.*

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENAÇÃO ESTADUAL DE SAÚDE MENTAL  
CENTRO FORMADOR DE RECURSOS HUMANOS  
CEFOP-PB / SES-PB**

**PROFISSIONAL DA SAÚDE  
TERMO DE COMPROMISSO DO GESTOR**

Eu \_\_\_\_\_, Gestor do município  
\_\_\_\_\_ - PB, reitero o compromisso desta Secretaria com  
o profissional \_\_\_\_\_ para  
participar do **Curso de Atualização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas -  
CASMAD.**

Declaro que o profissional, durante o período do curso, terá o nosso apoio para a  
realização de atividades, que poderão estar voltadas à avaliação e à intervenção em  
situações e necessidades concretas dos pontos de atenção.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

\_\_\_\_\_  
**Gestor Municipal**