

ANEXO PORT.2.696/03-SMS.G - FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA PARA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS EXTRA - REMUME.



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

**FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA PARA AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS EXTRA-REMUME**

Nome do paciente:

Prontuário:

Leito:

Idade:

Local de utilização do medicamento:

Unidade Hospitalar ()

P.Socorro ()

Amb. Espec. ()

U.B.S.()

Outros ()

Coordenação de Saúde/ Autarquia hospitalar:

Nome genérico do medicamento:

Nome comercial:

Forma farmacêutica:

Concentração:

Posologia para adulto:

Posologia para pediatria:

Período de tratamento:

Razões terapêuticas para a aquisição do medicamento extra-REMUME e manifestação de que não existe medicamento similar ou equivalente na REMUME.

Encaminhar o Formulário à Farmácia para a aquisição. Encaminhar à CFT-SMS no prazo máximo de 48 horas.

Nome do médico solicitante:

CRM:

Assinatura e Data:

Telefone para contato:

Nome do chefe imediato da área técnica:

CRM ou outro:

Assinatura e Data: