



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE _____ 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO ____/____/____ 7 - SEXO - Masc. Fem. 8 - RAÇA/COR _____

9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE _____ DDD _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

A	18 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	19 - NOME DO MEDICAMENTO _____	20 - CID. PRINCIPAL-21 - CID. SECUNDÁRIO _____
B	22 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	23 - NOME DO MEDICAMENTO _____	24 - CID. PRINCIPAL-25 - CID. SECUNDÁRIO _____
C	26 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	27 - NOME DO MEDICAMENTO _____	28 - CID. PRINCIPAL-29 - CID. SECUNDÁRIO _____
D	30 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	31 - NOME DO MEDICAMENTO _____	32 - CID. PRINCIPAL-33 - CID. SECUNDÁRIO _____
E	34 - CÓDIGO DO MEDICAMENTO _____	35 - NOME DO MEDICAMENTO _____	36 - CID. PRINCIPAL-37 - CID. SECUNDÁRIO _____

DADOS COMPLEMENTARES

38 - Dados do Paciente

Peso (Kg) _____ Altura (m) _____

Transplantado Qtd _____ Gestante _____

Hemofilia Leve Moderada Grave

Inibidor Ausente < 5 UB > ou = 5 UB

39 - Quantidade

Medic	1º mês	2º mês	3º mês
A			
B			
C			
D			
E			

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

40 - OBSERVAÇÕES _____

41-Provas Diagnósticas(Anexar cópia dos exames) Inclusão Monitoramento

SOLICITAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 43- DATA DA SOLICITAÇÃO ____/____/____ 46- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) _____

44 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____ 53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

49 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

51- DATA DA AUTORIZAÇÃO ____/____/____ 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 54 - PERÍODO DE VALIDADE _____ a _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

55 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 56 - CNES _____