



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

**FORMULÁRIO DE JUSTIFICATIVA PARA AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS NÃO CONSTANTES DA REMUME-SÃO PAULO**

Nome do paciente:

Prontuário:

Leito:

Idade:

Nome da Unidade de Saúde:

Tipo de Unidade: Hospitalar () P.Socorro () Amb. Espec. () U.B.S. () Outros ()

Coordenação de Saúde/ Autarquia hospitalar:

Medicamento (Denominação Comum Brasileira):

Nome comercial:

Forma farmacêutica:

Concentração:

Posologia:

Período de tratamento:

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

Nota 1-Hospitais/PS: Fluxo: Formulário integralmente preenchido pelo prescritor/ Chefe imediato da área técnica/ Responsável da farmácia/Diretor da unidade/ e 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:

Nome do responsável da Farmácia:.....CRF :.....

Assinatura e Data:.....

Nome do Diretor da unidade:.....CRM:.....

Assinatura e Data:.....

Nota 2-Ambulatórios Especialidades /UBS: Formulário integralmente preenchido pelo prescritor/ Farmácia ou Gerente da unidade/ Assessoria técnica de medicamentos e Coordenador da Saúde/ e encaminhar à CFT-SMS. A aquisição deverá ocorrer somente após o parecer favorável da CFT-SMS.

Nome do médico solicitante:.....CRM:.....

Assinatura e Data:Telefone para contato:.....

Nome do Diretor da unidade:.....CRM ou outro:.....

Assinatura e Data:.....

Nome do farmacêutico:.....CRF:.....

Assinatura e Data:.....

Nota 3- Os medicamentos não constantes da REMUME-São Paulo poderão ser adquiridos para um determinado tratamento, para um determinado paciente e não poderão ser mantidos estoques dos mesmos.