



**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM**

**REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**

**1 - DADOS DO(A) REQUERENTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Documento de Identificação: \_\_\_\_\_ Órgão Responsável: \_\_\_\_\_

**2 - DADOS DO MEDICAMENTO SOLICITADO**

Nome do Medicamento: \_\_\_\_\_

Tempo de Uso: \_\_\_\_\_ Quant. usada por mês \_\_\_\_\_

Valor aproximado do medicamento por caixa: \_\_\_\_\_

**3 – INFORMAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO**

Trata-se de atendimento realizado em Instituição ( ) particular ( ) pública

O paciente é beneficiário de plano de saúde? ( ) Não ( ) Sim Qual? \_\_\_\_\_

Em qual unidade de saúde houve o atendimento? \_\_\_\_\_

Qual o Município e o Estado de atendimento? \_\_\_\_\_

Houve tentativa de obter o produto, medicamento ou serviço no SUS? ( ) Sim ( ) Não

Em qual Município/Estado/Unidade de Saúde houve a negativa?

\_\_\_\_\_

**4 - DOCUMENTOS DE COMPROVAÇÃO**

- Cópia do documento de identificação (Serão aceitos como documento de identidade: Certidão de Nascimento (para crianças sem RG), RG, Carteira de Motorista, Carteira profissional e Carteira de trabalho) e Cópia do cartão SUS;
- Cópia do comprovante de endereço atualizado no nome do solicitante ou cônjuge (caso de menor de idade, em nome dos pais) ou cartão família;
- Cópia da receita médica;
- Relatório médico contendo os seguintes elementos: CID (Classificação Internacional de Doenças); Imprescindibilidade ou necessidade do medicamento; Evidência de ineficácia dos medicamentos ofertados pelo SUS, constados na REMUME para tratamento da moléstia.
- Comprovante de renda familiar.

Os documentos deverão ser entregues na Farmácia de Minas constada na Praça Dona Maricas nº. 05, Mutum/MG

Mutum, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_



**COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MUTUM**

Assinatura do paciente/responsável