



TOCANTINS
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS – ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ESTADUAL
SGD: 2015/30559/

1. Identificação do Paciente

Nome completo: _____

Responsável ou Nome completo da Mãe do Paciente: _____

Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

CNS: _____ Endereço: _____

Nº: _____ Complemento: _____

Município: _____ UF: _____ CEP: _____

DDD: _____ Telefone: _____ Celular: ____/____

E-mail: _____

2. Avaliação do(s) Medicamento(s) *campo abaixo preenchido pela assistência farmacêutica

	Medicamento (s) / Forma farmacêutica	Quant MENSAL solicitada	Duração do tratamento	Competência* (identificar com as siglas à baixo)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Competência*:





TOCANTINS

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

CEAF - Componente Especializado Assistência Farmacêutica, dispensado através da Assistência Farmacêutica do Estado.

CBAF - Componente Básico Assistência Farmacêutica, dispensado através das Unidades Básicas de Saúde dos Municípios.

CESAF - Componente Estratégico Assistência Farmacêutica, dispensado através das Unidades Básicas de Saúde dos Municípios.

NÃO PADRONIZADO - Não é padronizado ou fornecido pelas linhas de atendimento do Sistema Único de Saúde.

Outros. Especifique: _____

3. Informações sobre a Doença

Doença Principal:

CID:

4. Avaliação Técnica

1) Cadastrado:

OBS: Obrigatório, a apresentação em anexo do comprovante de Avaliação do CEAF

DEFERIDO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5 6 7

INDEFERIDO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5 6 7

OBS:





TOCANTINS

GOVERNO DO ESTADO

Secretaria da Saúde

2) Não cadastrado:

A solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Preenchimento incompleto:

1 2 3 4 5 6 7

Preenchimento incorreto:

1 2 3 4 5 6 7

Ausência de documentação:

1 2 3 4 5 6 7

Ausência de exame:

1 2 3 4 5 6 7

Outros:

