



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

S.M.E
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

NOME DO PACIENTE

Nº DO PRONTUÁRIO NA UNIDADE SOLICITANTE	CID PRINCIPAL	CID SECUNDÁRIO
---	---------------	----------------

NOME DA UNIDADE	CGC	CÓD.UNID.
-----------------	-----	-----------

CPF DO PACIENTE	TIPO DE TRATAMENTO
-----------------	--------------------

SOLICITAÇÃO MÉDICA				DISPENSAÇÃO	
MEDICAMENTOS	CÓDIGO	QUANTIDADE	INDICAÇÃO	ENTREGA	
				QUANTIDADE	DATA
1º MÊS					
2º MÊS					
3º MÊS					

DATA	CPF MÉDICO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL
------	------------------------	--

RECIBO

DATA / /

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

--

DATA / /

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

--

DATA / /

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

--