

	Formulário HCFMUSP	SFARM-FOR-FPI-013-V03
	InCor – Serviço de Farmácia	Data da Revisão: 26/02/2020
Processos	Autorização de Uso de Medicamento Não Padronizado e Alto Custo	Próxima Revisão: 26/02/2022

São Paulo, _____ de _____ de _____

Ilma Sra.

Dra. Marisa Madi

Diretora Executiva InCor

Segue impresso de solicitação de compra de medicamento para paciente internado SUS, contendo justificativa médica, avaliação farmacêutica da solicitação, valor unitário e valor total do tratamento.

Paciente: Nome: _____

Registro: _____ **Leito:** _____ **Provedor:** _____

Justificativa: _____

Medicamento: Nome princípio ativo: _____

Forma farmacêutica / concentração: _____

Fabricante: _____ **Reg. MS:** _____

Nome comercial: _____ **Quantidade:** _____

Código SI³: _____ **Código Soul MV:** _____

Avaliação farmacêutica do medicamento: ALTO CUSTO ☐ NÃO PADRONIZADO ☐

Preenchimento exclusivo da Central Farmacêutica

Valor unitário: _____ **Valor total do tratamento:** _____

Preenchido por: _____

Farmacêutico Solicitante
Carimbo / assinatura

Farmacêutico CFD
Carimbo / assinatura

Farmacêutico Chefe
Carimbo / assinatura

Dra. Sonia Lucena Cipriano
Diretora Técnica de Saúde
Serviço de Farmácia InCor – HCFMUSP

() AUTORIZADO () NÃO AUTORIZADO

Diretoria Executiva
Carimbo / assinatura

ELABORADO POR: Nome: Dr. Valter Garcia Santos Setor: Serviço de Farmácia	VERIFICADO POR: Nome: Dra Adriana Senna Setor: Educação Continuada e Pesquisa	APROVADO POR: Nome: Dra. Sonia Lucena Cipriano Setor: Diretoria Téc. SV Farmácia
--	---	--