



ANEXO V - SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

EXCLUSÃO DE MEDICAMENTO DA PADRONIZAÇÃO

Dados do medicamento

1. Nome do fármaco:

2. Forma farmacêutica:

3. Via de Administração:

4. Justificativa que demonstre a ineficácia ou toxicidade do medicamento:

5. Outro. Especifique:

Data: ____ / ____ / ____

Coordenador da Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT