



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SORRISO-MT
Formulário para Justificativa de Tratamento Contínuo de
Medicamento Psicotrópico



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:		
Sexo: () Masculino () Feminino		Data de nascimento: ____/____/____
CPF:	RG:	CNS:
Endereço:		Nº
Complemento:	Bairro:	
Município: SORRISO	UF: MT	CEP: 78890-000
Telefone(s):		
Email:		

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença principal:	CID:
Há quanto tempo:	
Outro(s) Diagnóstico(s):	CID(s):

3. MEDICAMENTO SOLICITADO

3.1 Denominação genérica/Dosagem:
3.2 Via da administração/Posologia:
3.3 Duração do tratamento (com justificativa):
3.4 Existe medicamento com atividade terapêutica similar oferecido pelo SUS? () Sim () Não Se sim, qual e por que a alternativa oferecida pelo SUS não é válida para o caso concreto:

