



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA
CENTRAL DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO

PROGRAMA: TOXOPLASMOSE

PARA ATENDER: _____

DATA: ____/____/____

REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS (RMI)

ITEM	MEDICAMENTO/INSUMO	QUANTIDADE SOLICITADA
1	Espiramicina 1,5 UI (500 mg), comprimidos	

Orientações: Informar a quantidade sempre na menor unidade (comprimido/cápsula, frasco, frasco-ampola, ampola)

Solicitado por: _____

Telefone para contato: _____ E-mail: _____

Observações: _____