



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

ATENÇÃO MUNICÍPIO: **PREENCHER SOMENTE OS CAMPOS EM VERDE**

PROGRAMA DE SAÚDE: BRUCELOSE

PARA ATENDER: SMS [REDACTED]

DATA DA SOLICITAÇÃO PELA SMS: [REDACTED] / [REDACTED] / 2018

DATA DA AUTORIZAÇÃO PELA CVE/SES: ____ / ____ / 2018

REQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS (RMI)

ITEM	MEDICAMENTO/INSUMO	QUANTIDADE SOLICITADA PELO MUNICÍPIO	QUANTIDADE AUTORIZADA PELA CVE/SES
1	Doxiciclina 100 mg comprimido	[REDACTED]	
2	Estreptomicina 1 g pó para solução injetável – frasco/ampola	[REDACTED]	
3	Rifampicina 300 mg cápsula	[REDACTED]	
4	Rifampicina 20 mg/ml suspensão oral - frasco	[REDACTED]	

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

Solicitado por (Nome e cargo/função): [REDACTED]

Contato do solicitante: Telefone - [REDACTED] E-mail: [REDACTED]

Autorizado por:

Contato do autorizador: Telefone - _____ E-mail: _____

Observações: