



IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE		
UNIDADE DE SAÚDE		DISTRITO
PROPOSTA DE: <input type="checkbox"/> INCLUSÃO <input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> SUBSTITUIÇÃO		
DESCRIÇÃO DO PRODUTO		
NOME GENÉRICO (DCB OU DCI)		
FORMA FARMACÊUTICA		
CONSTA NA ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO DA RENAME? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
CONSUMO MENSAL ESTIMADO		
DADOS FARMACOLÓGICOS*		
GRUPO(S) FARMACOLÓGICO(S) (ATC)		
PRINCIPAIS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS		
CONTRA-INDICAÇÕES, PRECAUÇÕES E TOXICIDADE RELACIONADAS AO USO DESTE MEDICAMENTO		
JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO		
EXTENSÃO DO USO (DADOS EPIDEMIOLÓGICOS) *		
DOSE DIÁRIA: PEDIÁTRICA	DOSE DIÁRIA ADULTO	DURAÇÃO DO TRATAMENTO
O MEDICAMENTO PROPOSTO PODE SER COMPARADO COM OUTROS MEDICAMENTOS DO MESMO GRUPO OU CLASSE TERAPÊUTICA CONSTANTE DA RENAME? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAL(IS) _____ E DA REMUME? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, QUAL(IS) _____		
IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE (AUTOR DA SOLICITAÇÃO)		
NOME	BM	
CARGO	LOTAÇÃO	
LOCAL	DATA	
ASSINATURA DO PROPONENTE	ASSINATURA DA CHEFIA IMEDIATA	
<p>* ANEXAR UM RELATÓRIO LEGÍVEL JUSTIFICANDO A INCLUSÃO, EXCLUSÃO OU SUBSTITUIÇÃO (RESUMO DAS EVIDÊNCIAS CLÍNICAS ECONÔMICAS E/OU EPIDEMIOLÓGICAS QUE JUSTIFIQUEM A SOLICITAÇÃO (EFICÁCIA, EFEITOS COLATERAIS, CONTRA - INDICAÇÕES, PRECAUÇÕES, TOXICIDADE, CUSTO/BENEFÍCIO, CUSTO MÉDIO DO TRATAMENTO, ETC.), COM AS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS UTILIZADAS.</p>		



PREFEITURA MUNICIPAL
DE BELO HORIZONTE

**FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA RELAÇÃO MUNICIPAL
DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME)
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT**

RELATÓRIO