

**Formulário para fornecimento de medicamentos e produtos para a  
saúde para uso domiciliar**

<b>Nome do paciente:</b>		
<b>Nº SES:</b>		<b>Contato:</b>
<b>Nº CNS:</b>		

**RELATÓRIO TÉCNICO**

<b>Descrição da necessidade de uso:</b>			
<b>Descrição do medicamento e/ou material e/ou curativo e quantidade:</b>			
<b>Data da prescrição:</b>		<b>Data da reavaliação do paciente:</b>	
<b>Nome do prescritor:</b>		<b>Matrícula SES:</b>	
<b>Assinatura e carimbo:</b>		<b>Nº Conselho de Classe:</b>	

O período máximo de reavaliação do paciente deverá ser de três meses para materiais médicos e de 7 dias para curativos especiais.

**Formulário para fornecimento de medicamentos e produtos para a saúde para uso domiciliar NÃO contemplados em Nota Técnica**

<b>Nome do paciente:</b>		
<b>Nº SES:</b>		<b>Contato:</b>
<b>Nº CNS:</b>		

**RELATÓRIO TÉCNICO**

<b>Descrição da necessidade de uso:</b>
<b>Descrição do medicamento e/ou material e/ou curativo e quantidade:</b>

<b>Data da prescrição:</b>		<b>Data da reavaliação do paciente:</b>	
<b>Nome dos prescritores:</b>	1:	<b>Matrícula SES:</b>	1:
	2:	<b>Matrícula SES:</b>	2:
<b>Assinatura e carimbo:</b>	1:	<b>Nº Conselho de Classe:</b>	1:
	2:		2:
<b>Validador da GSAP:</b>		<b>Matrícula SES:</b>	
<b>Assinatura e carimbo:</b>			

O período máximo de reavaliação do paciente deverá ser de dois meses para materiais médicos e de 7 dias para curativos especiais.

## Controle de Fornecimento dos Materiais

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Nº SES: \_\_\_\_\_ Contato: \_\_\_\_\_

Nº CNS: \_\_\_\_\_

Entrega	Material e Quantidade	Assinatura Servidor SES
1 <sup>a</sup>		

Declaro que recebi os materiais acima descritos e fui informado que devo comparecer à UBS mensalmente para recebimento dos insumos prescritos.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura usuário ou responsável: \_\_\_\_\_

Entrega	Material e Quantidade	Assinatura Servidor SES
2 <sup>a</sup>		

Declaro que recebi os materiais acima descritos e fui informado que devo comparecer à UBS mensalmente para recebimento dos insumos prescritos.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura usuário ou responsável: \_\_\_\_\_

Entrega	Material e Quantidade	Assinatura Servidor SES
3 <sup>a</sup>		

Declaro que recebi os materiais acima descritos e fui informado que devo comparecer à UBS mensalmente para recebimento dos insumos prescritos.

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Assinatura usuário ou responsável: \_\_\_\_\_