



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ – CEMEPAR
SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO EXCEPCIONAL – S.M.E

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE _____
(colocar nome do medicamento)

PACIENTE: _____

MÉDICO: _____

ESPECIALIDADE: _____

INFORMAÇÕES CLÍNICAS E LABORATORIAIS:

QUANTIDADE DISPENSADA: _____

PERÍODO: _____

DURAÇÃO DO TRATAMENTO: _____

Assinatura e carimbo do médico
Data: