

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS
DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL - LME****IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE _____

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ DATA DE NASCIMENTO _____ SEXO MASC. FEM. RAÇA/ COR _____

NOME DA MÃE _____ TELEFONE DE CONTATO DDD N° DO TELEFONE _____

NOME DO RESPONSÁVEL _____ TELEFONE DE CONTATO DDD N° DO TELEFONE _____

ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ UF _____ CEP _____

DADOS COMPLEMENTARES

N° PRONTUÁRIO _____ PESO (Kg) _____ ALTURA (m) _____

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DIABETES HIPERTENSÃO TABAGISMO GESTAÇÃO

MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

NOME DO MEDICAMENTO	CID. PRINCIPAL	CID. SECUNDÁRIO	QUANTIDADE		
			1° MÊS	2° MÊS	3° MÊS

JUSTIFICATIVA DO(S) MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S)

OBSERVAÇÕES _____

PROVAS DIAGNÓSTICAS (ANEXAR CÓPIA DOS EXAMES) INCLUSÃO MONITORAMENTO

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ DATA DA SOLICITAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO) _____

DOCUMENTO CNS CPF N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL ESPECIALISTA

NOME DO PROFISSIONAL ESPECIALISTA _____ DATA DA SOLICITAÇÃO _____ ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO CONSELHO) _____

DOCUMENTO CNS CPF N° DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL ESPECIALISTA _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ CNES _____