



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FORMULÁRIO PARA RECEBIMENTO DE CONTRASTE NA FARMÁCIA DE MACEIÓ

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
*TODAS AS INFORMAÇÕES DEVEM ESTAR PREENCHIDAS PARA QUE A LIBERAÇÃO SEJA REALIZADA		
Nome:		
CPF:	Cartão SUS:	Peso do Paciente:
Data de nascimento:	Sexo:	Telefone:
Endereço:		Bairro:
CEP:	Cidade: MACEIÓ	Estado: ALAGOAS
SEGUIMENTO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> SUS <input type="checkbox"/> Convênio <input type="checkbox"/> Outros _____		
Unidade de Saúde/ Serviço de Saúde: _____		
TODAS AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRECISAM SER PREENCHIDAS PELO MÉDICO SOLICITANTE		
PRESCRIÇÃO MÉDICA (ESPECIFICAR A QUANTIDADE DE FRASCOS LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO O CÁLCULO DE 1,5 A 2ML POR CADA QUILO, NÃO DEVENDO EXCEDER 150ML.)		
MÉDICO PRESCRITOR :		Data:
<small>(Assinatura e carimbo com registro no Conselho Regional do profissional)</small>		

FLUXO PARA RECEBIMENTO DE CONTRASTE
<p>O paciente ou seu representante deverá comparecer à Farmácia de Maceió (FARMAC) localizada na Avenida José Bandeira Bastos, s/n, Tabuleiro dos Martins, de posse dos seguintes documentos, originais e cópias:</p> <p>DO PACIENTE</p> <ol style="list-style-type: none">1. Cartão do Sistema Único de Saúde (Cartão SUS);2. Documento de identificação com foto (Registro Geral (RG), Carteira de Trabalho, Identidade de Conselhos Profissionais ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH));3. Cadastro de Pessoa Física (CPF);4. APAC (autorização de procedimento de alta complexidade) devidamente preenchida pelo médico;5. Comprovante de marcação do CORA6. Formulário para recebimento de contraste. <p>DO REPRESENTANTE</p> <ol style="list-style-type: none">1. Documento de identificação com foto (Registro Geral (RG), Carteira de Trabalho, Identidade de Conselhos Profissionais ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH)).



PREFEITURA MUNICIPAL DE MACEIÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE