



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL

LAUDO DE SOLICITAÇÃO DE
MEDICAMENTOS

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1. NOME COMPLETO DO PACIENTE:

TELEFONE PARA CONTATO:

2. NÚMERO DO CARTÃO
FUSEX:

3. GRAU DE PARENTESCO:

4. NOME COMPLETO DO TITULAR:

5. NÚMERO DO CARTÃO
FUSEX DO TITULAR:

6. MEDICAMENTO(S) (Princípio Ativo, concentração,
apresentação farmacêutica).

7. QUANTIDADE SOLICITADA

1º mês

2º mês

3º mês

1)

2)

3)

4)

5)

6)

8. CID

9. DIAGNÓSTICO

10. ANAMNESE

11. Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?

Sim. Relatar.

Não

12. Atestado de Capacidade

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz. O paciente é considerado incapaz?

Não

Sim

Indicar o nome do responsável
pelo paciente o qual poderá
realizar a solicitação do
medicamento.

Nome do Responsável:

13. Nome do médico solicitante:

14. Data da solicitação:

Endereço da clínica:

Telefone da clínica:

Assinatura e carimbo do médico solicitante