COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA DO MUNICÍPIO DE UBÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBÁ/ MG
Rua Antenor Machado, 337, Centro, Ubá, Minas Gerais, CEP: 36.500-012
cft.saude@uba.mg.gov.br

FORMULÁRIO PARA SOLICITAR ALTERAÇÕES NA RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS (REMUME) DE UBÁ

NOME DO SOLICITANTE:	
MATRÍCULA:	FUNÇÃO:
SETOR:	SECRETARIA:

1. Tipo de alteração na REMUME: ( ) Inclusão ( ) Exclusão
2. Nome do fármaco (DCB/ DCI):
3. Apresentação (forma farmacêutica e concentração):
4. Nome (s) comercial (is):
5. O medicamento é aprovado pela ANVISA? ( ) Sim ( ) Não
6. O medicamento faz parte da RENAME? ( ) Sim ( ) Não
7. Justificativa:

8. Referências bibliográficas (As justificativas apresentadas devem ser embasadas em dados científicos fidedignos e citadas suas respectivas fontes, referências bibliográficas. Em caso de não preenchimento deste campo o formulário será desconsiderado):

Ubá, _____de _____ de 2022

Assinatura do solicitante