

**SUS**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



**FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE PALIVIZUMABE**  
**ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1. NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2. CNES
---	---------

**PACIENTE**

3. NOME DO PACIENTE	4. CPF DO RESPONSÁVEL	5. RAÇA / COR
6. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	7. DATA DE NASCIMENTO	8. SEXO
9. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10. DDD / TELEFONE DE CONTATO	
11. ENDEREÇO (RUA, N <sup>o</sup> , BAIRRO)		
12. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	13. UF	14. CEP

**INFORMAÇÕES MÉDICAS**

15. IDADE ATUAL (EM MESES)
16. IDADE GESTACIONAL NA DATA DA REALIZAÇÃO DO PARTO (SEMANA DA GESTAÇÃO)
17. PESO (KG)

**SOLICITAÇÃO**

18. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	21. ASSINATURA E CARIMBO (N <sup>o</sup> REGISTRO DO CONSELHO)
19. N <sup>o</sup> DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	20. DATA DA SOLICITAÇÃO

**AUTORIZAÇÃO**

22. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	25. ASSINATURA E CARIMBO DO AUTORIZADOR
23. DATA DA AUTORIZAÇÃO	24. PERÍODO DE VALIDADE

**CONTROLE DE APLICAÇÕES**

	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO	JULHO
26. DATA					
27. MÉDICO					
28. DOSE					
29. PESO					
30. RESPONSÁVEL PELA APLICAÇÃO					
31. RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA					