

**ANEXO I**



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:									
2. NÚMERO DO CARTÃO FUSEX					3. GRAU DE PARENTESCO				
4. NOME COMPLETO DO TITULAR:									
5. NÚMERO DO CARTÃO FUSEX DO TITULAR									
6. MEDICAMENTO(S)							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?									
<input type="checkbox"/> Sim. Relatar. <input type="checkbox"/> 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?									
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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				
Assinatura e carimbo do médico solicitante									