



**RELATÓRIO PARA USO DE  
MEDICAMENTO DE ALTO CUSTO**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

PREENCHER NA AUSÊNCIA DE ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

**À operadora de saúde:**

Por meio deste documento, venho solicitar para o paciente acima identificado, a autorização para uso do seguinte medicamento de alto custo: \_\_\_\_\_

Total de frascos:

Diagnóstico do paciente: \_\_\_\_\_ (CID 10: \_\_\_\_\_).

Justificativa para uso do medicamento de alto custo:

---

---

---

---

Aracaju, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Médico que indicou o uso (assinatura e carimbo)

\_\_\_\_\_  
Parecer do auditor