



**Prefeitura Municipal de Campinas**  
**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Comissão de Medicamentos e Terapêutica**

"FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE INCLUSÃO DE MATERIAL  
DE ENFERMAGEM - SMS CAMPINAS"

**IDENTIFICAÇÃO DO MATERIAL**

**NOMES COMERCIAIS**

**DESCRIÇÃO DO MATERIAL**

**TIPO DE UNIDADES A SEREM ATENDIDAS**

**INDICAÇÃO DE USO**

**JUSTIFICATIVA**

**ESTIMATIVA DE CONSUMO MENSAL / ANUAL:**

**PERÍODO PARA O CONSUMO**

TEMPORÁRIO PELO PERÍODO DE

PERMANENTE

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LISTAR E ENVIAR CÓPIAS DE ESTUDOS CONTENDO AS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUE EMBASEM A SOLICITAÇÃO

AUTOR PRINCIPAL	TÍTULO DO ARTIGO	NOME DA REVISTA	ANO	VOLUME	PÁGINAS

## IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO E PROFISSIONAL SOLICITANTE

NOME DO SERVIÇO DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ CNES: \_\_\_\_\_

NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

CARGO/FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

CONSELHO DE CLASSE: \_\_\_\_\_ REGISTRO Nº: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Declaro não haver conflito de interesses na recomendação acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

\_\_\_\_\_  
Data

**Observação: As solicitações sem referência bibliográfica ou com estudos produzidos pelo fabricante não serão avaliadas. Apenas serão analisadas as propostas preenchidas integralmente e com dados suficientes para a análise. Cada formulário de solicitação deve corresponder a apenas um produto para saúde.**