

Local/Data:

Estabelecimento de Saúde Solicitante:

CNES:

Nome do paciente:

Cartão Nacional de Saúde:

Nome do responsável legal:

Documento de identificação do responsável legal:

Assinatura do paciente ou do responsável legal

Nutricionista responsável:

CRN:

UF:

Assinatura e carimbo do Nutricionista

Data: _____

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento da fórmula nutricional do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.