



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
HOSPITAL DE GUARNIÇÃO DE MARABÁ**

**SOLICITAÇÃO DE OPME PELO ESPECIALISTA**

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nº DO LEITO DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA DA CIRURGIA: \_\_\_\_\_

HORÁRIO: \_\_\_\_\_ TIPO DE CIRURGIA: \_\_\_\_\_

EQUIPE CIRÚRGICA: \_\_\_\_\_

Pelo presente termo, para fins de comprovação junto à direção do Hospital de Guarnição de Marabá e na melhor forma de direito, solicito os materiais (OPME) abaixo especificados.

Declaro que a Farmácia Hospitalar NÃO POSSUI em seu estoque as OPME consignadas, sendo necessária sua aquisição junto ao fornecedor legalmente habilitado, conforme Pregão - Sistema de Registro de Preço nº \_\_\_\_\_ ano \_\_\_\_\_, desta OMS.

ITEM	Nº PREGÃO/ANO	DESCRIÇÃO DO ITEM	QTD	FABRICANTE	Nº LOTE	Nº REGISTRO ANVISA

OBS: No caso de inconformidades, descrever detalhadamente abaixo:

---

---

---

---

Os itens descritos acima correspondem à solicitação do médico especialista, conforme anexo I.

\_\_\_\_\_  
Farmácia/DMC/SETOR DE OPME  
RG/ID Mil: