

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
HOSPITAL DAS CLÍNICAS  
COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA**

**SOLICITAÇÃO DE EXCLUSÃO**

<b>1 - Identificação do Produto</b>	
<b>Nome Genérico:</b>	
<b>Nome Comercial:</b>	
<b>Indicação Terapêutica:</b>	
<b>Justificativa para Exclusão:</b>	
<b>Médico solicitante:</b>	
<b>Clínica:</b>	
<b>Assinatura:</b>	
<b>Visto do Chefe do Serviço:</b>	

<b>2 – AVALIAÇÃO DA COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA - CFT</b>

<b>3 – COORDENAÇÃO DE SUPRIMENTOS C/CÓPIA PARA GERÊNCIA DA FARMÁCIA</b>