



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO PARÁ  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



FORMULÁRIO DE BUSCA ATIVA DE PACIENTE COM APAC VIGENTE – Anexo 2

Nº	NOME DO PACIENTE	Nº CARTÃO SUS	MEDICAMENTO	MOTIVO DA AUSÊNCIA	DATAS E HORÁRIOS DO(S) CONTATO(S) E/OU TENTATIVAS		EXECUTOR DO CONTATO
1				( ) Descontinuidade ( ) Óbito ( ) Outro: _____ _____			
2				( ) Descontinuidade ( ) Óbito ( ) Outro: _____ _____			
3				( ) Descontinuidade ( ) Óbito ( ) Outro: _____ _____			
4				( ) Descontinuidade ( ) Óbito ( ) Outro: _____ _____			
5				( ) Descontinuidade ( ) Óbito ( ) Outro: _____ _____			
6				( ) Descontinuidade ( ) Óbito ( ) Outro: _____ _____			
7				( ) Descontinuidade ( ) Óbito ( ) Outro: _____ _____			