

**LISTA PARA CONFERENCIA DE DOCUMENTOS PARA MONTAGEM
DE SOLICITAÇÃO ADMINISTRATIVA DE
MEDICAMENTOS/FÓRMULAS**

**RECEITA MÉDICA EM DUAS VIAS PRESCRITA POR
PRINCIPIO ATIVO.**

**RELATÓRIO MÉDICO JUSTIFICANDO A NECESSIDADE DO
ITEM SOLICITADO.**

**FORMULÁRIO PREENCHIDO TODOS OS CAMPOS COM LETRA
LEGÍVEL.**

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

**ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL
PELA INSTITUIÇÃO**

ASSINATURA DO PACIENTE

**DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE CONFLITO DE
INTERESSES.**

JUSTIFICATIVA DA PRESCRIÇÃO DE ITENS NÃO PRECONIZADOS PELO SUS.

CÓPIAS DE EXAMES (PERTINENTES AO PEDIDO)

COPIAS DE DOCUMENTO

RG OU HABILITAÇÃO

C. P. F.

CARTÃO SUS

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (CONTA DE ÁGUA OU LUZ, ETC)

**TODOS OS ITENS ACIMA SÃO OBRIGATÓRIO PARA PEDIDO
INICIAL**

MAIORES INFORMAÇÕES: 14- 3235-0210/ 3235- 0235



PROCEDIMENTOS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO OU NUTRIÇÃO ENTERAL POR PACIENTE DE INSTITUIÇÕES PÚBLICAS OU PRIVADAS

NORMAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO

- Pacientes residentes no Estado de São Paulo;
- Tratamento de doença crônica, em caráter ambulatorial;
- Não será avaliada solicitação de fórmula de manipulação;
- Não será avaliada solicitação de medicamento de associações de substâncias que são disponibilizadas de maneira isolada pelo SUS;
- Somente será avaliada solicitação de medicamento ou nutrição enteral com registro na ANVISA, com autorização e comercialização no país;
- Não será avaliada solicitação de medicamentos utilizados no tratamento das doenças relacionadas ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, Resolução Normativa ANS 387, de 29-10-2015.

DOCUMENTOS EXIGIDOS

1. Receita médica original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias.
2. Formulário para avaliação de solicitação de medicamento ou nutrição enteral completamente preenchido, legível e com as assinaturas do Paciente ou Responsável, Médico prescritor e Diretor da Instituição.
3. Cópia comum do CPF, RG, Cartão Nacional da Saúde – SUS (CNS) e Comprovante de residência com CEP. Para paciente menor de idade que não possui RG ou CPF, anexar cópia da certidão de nascimento e documentos do responsável.
4. Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento ou nutrição enteral.
5. Relatório médico justificando a necessidade do item não preconizado no SUS e Declaração de inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015).

5. IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E MÉDICO SOLICITANTE

Nome da instituição de saúde:

CNES:

Endereço:

Nº

Complemento:

Bairro:

Município:

UF: SP

CEP:

Telefone (s): ()

Nome do médico:

CPF:

CRM Nº:

UF:

E-mail:

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico prescritor

Assinatura e carimbo do Diretor/ Responsável
da Instituição

Assinatura do paciente ou responsável

7. USO RESTRITO DA SES/SP

JUSTIFICATIVA DA PRESCRIÇÃO DE ITENS NÃO PRECONIZADOS PELO SUS

_____, médico, portador do CRM n. _____, nos termos do § 1º, do Artigo 1º, da Resolução SS 83/2015, esclarece que prescreveu o medicamento/dieta/OPM (descrever) em razão _____ de _____

Local e data

(assinatura e carimbo do médico)

(assinatura e carimbo do diretor do
serviço de saúde)

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE CONFLITO DE INTERESSES

Item solicitado: _____

Profissional solicitante: _____ CRM: _____

Serviço de saúde a que está vinculado: _____

Considerando o que dispõe o § 2º, do Artigo 1º, da Resolução SS 83/2015, **DECLARO** que **NÃO** recebo, a qualquer título, qualquer auxílio financeiro ou de qualquer outra natureza do produtor/fabricante/fornecedor do produto solicitado. Declaro ainda, que **NÃO** participei de qualquer estudo referente ao item indicado.

Assinatura

____/____/____

Data