



## 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

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



# Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

## Formulário para Avaliação de Solicitação de Medicamento por Paciente de Instituições Públicas ou Privadas

### 1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome completo:

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Data de nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: SP CEP: \_\_\_\_\_

Telefone (s): ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Possui Plano de Saúde: ( ) Não ( ) Sim. Qual: \_\_\_\_\_

### 2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

2.1 Doença Principal: \_\_\_\_\_ CID: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo: \_\_\_\_\_

Outro (s) Diagnóstico (s): \_\_\_\_\_ CID (s): \_\_\_\_\_

2.2 Casos Oncológicos:

- Anexar cópia do anatomopatológico e, quando aplicável, PSA ou imunohistoquímica.

Informar o estadiamento clínico TNM quando aplicável:

2.3 Informar datas e resultados dos exames complementares relevantes (anexar cópia):

### 3. AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO

3.1 Informar os tratamentos já realizados em ordem cronológica:

3.2 Descrever o atual planejamento terapêutico:

3.3 Informar a meta terapêutica proposta:

3.4 Informar como se dará o acompanhamento da resposta terapêutica e a frequência de avaliação:

**4. MEDICAMENTO SOLICITADO**

Denominação genérica / Dosagem:

Via da administração / Posologia / Duração do tratamento:

Peso:	Altura:
-------	---------

## 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