



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)
COMITÊ EXECUTIVO DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO

ANEXO I

DADOS DO REQUERENTE:

Nome: _____	
CPF: _____	Cartão SUS: _____
Contato (email/telefone): _____	
Atendimento que originou a prescrição: () Particular () Convênio - Qual? _____	
() SUS - Unidade de atendimento: _____	

DADOS DA PRESCRIÇÃO:

Medicamento (DCB/DCI¹): _____	
Posologia: _____	Duração do Tratamento: _____
Validade da Receita: _____	Registro na ANVISA: () Sim () Não
Indicação em conformidade com a aprovada no registro: () Sim () Não	
Previsto em PCDT ² da doença listada abaixo: () Sim () Não	
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) ³ : () Sim () Não	

* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com **LETRA LEGÍVEL**, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (Resolução CFM Nº 1931/2009).

1. Qual(is) a(s) doença(s) que acomete(m) o requerente e que motivaram a prescrição?

CID: _____ Doença: _____

Características da Doença: _____

2. Quais as opções de tratamento oferecidas pelo SUS para a doença citada?

3. As alternativas terapêuticas oferecidas pelo SUS já foram utilizadas? () sim () não. Em caso afirmativo:

3.1 Especifique o período de tratamento e a resposta do requerente:

3.2 O requerente faz uso de outro(s) tratamento(s) (farmacoterapêuticos ou não)? Qual(is)?

4. O tratamento indicado na sua prescrição pode ser substituído por alguma alternativa oferecida pelo SUS?

() sim* - Especifique qual(is): _____

() não - Justifique detalhadamente: _____

¹ DCB/DCI: Denominação Comum Brasileira ou, na falta desta, Denominação Comum Internacional.

² Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

³ REMUME: Relação Municipal de Medicamentos / RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça
Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e
Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)
COMITÊ EXECUTIVO DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO

* Favor fornecer ao requerente NOVA PRESCRIÇÃO.

4.1 Se apontada inefetividade terapêutica (evento adverso) e/ou desvio de qualidade dos medicamentos (queixa técnica), ou sua suspeita, esclareça os motivos que levaram a esta conclusão:

4.1.1 Houve notificação à ANVISA - NOTIVISA⁴ dos eventos acima? () não () sim nº _____

5. Qual(is) a(s) consequência(s) ao requerente caso este não seja submetido ao medicamento(s) indicado(s) a curto, médio e longo prazo?

6. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em risco de morte?

() sim. Justificativa: _____

() não. Justificativa: _____

7. A não utilização imediata do(s) medicamento(s) importa em agravamento da doença?

() sim. Justificativa: _____

() não. Justificativa: _____

8. Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do medicamento/insumo, que não a saúde do paciente, bem como não mantenho qualquer vínculo com a indústria farmacêutica, de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada à esta prescrição: () Sim () Não.

Prescritor (carimbo e assinatura): _____ Data: _____

PARA PREENCHIMENTO PELO REQUERENTE:

9. O requerente possui convênio particular de saúde? () Sim. Qual: _____ () Não.

9.1. Em caso afirmativo, houve a tentativa de obter o medicamento pelo convênio? () Sim () Não.

9.2. Houve negativa? () Sim () Não. 9.3. Negativa: () Verbal () Escrita Data: _____

10. O requerente buscou obter o medicamento pelo SUS? () Sim () Não.

10.1. Houve negativa? () Sim () Não.

10.2. Em caso afirmativo:

() Município _____ () Verbal () Escrita Data: _____

() Estado _____ () Verbal () Escrita Data: _____

() União _____ () Verbal () Escrita Data: _____

TERMO DE CONSENTIMENTO:

Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo: () Sim () Não.

Assinatura do Requerente: _____ Data: _____

⁴ <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/notivisa/apresenta.htm>.



Poder Judiciário

Conselho Nacional de Justiça

Fórum Nacional do Judiciário para Monitoramento e

Resolução das Demandas de Assistência à Saúde (Res. CNJ n. 107/2010)

COMITÊ EXECUTIVO DO ESTADO DE SANTA CATARINA - COMESC

FORMULÁRIO PARA REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO