



## 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).



**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 anatomo-patológico 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**