

PREFEITURA MUNICIPAL DE JATAÍ
SECRETARIA DA SAÚDE

NORMAS GERAIS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS

- Pacientes residentes no município de Jataí;
- Não serão avaliadas solicitações de fórmula de manipulação;
- Não serão avaliadas solicitações de medicamento cujas associações de substâncias que são disponibilizadas de maneira isolada pelo SUS;
- Somente serão avaliadas solicitações de medicamento com registro na ANVISA, com autorização e comercialização no Brasil;

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 completamente preenchido, legível e com as assinaturas do Paciente ou Responsável e Médico prescritor .
3. Cópia 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 e Declaração de inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015).



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:



TERMO DE ISENÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSES

Nome:

Cargo:

Declaro que não possuo interesse financeiro ou de outra ordem em empresa farmacêutica ou de equipamentos para a saúde, o qual possa constituir potencial conflito de interesses. Declaro ainda que não há qualquer outra situação que represente real, potencial ou aparente conflito de interesses por mim conhecida e que informarei se houver qualquer mudança nessas circunstâncias.

Assinatura: _____

Data: __/__/____