



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

### 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:

<b>Medicamento (DCB/DCI<sup>1</sup>):</b> _____	
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 <sup>2</sup> da doença listada abaixo: ( ) Sim ( ) Não	
Consta em padronização oficial (ex. REMUME, RENAME ou listas regionais ou estaduais) <sup>3</sup> : ( ) 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: \_\_\_\_\_

\* Favor fornecer ao requerente NOVA PRESCRIÇÃO.

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

<sup>2</sup> Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

<sup>3</sup> 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

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 - NOTIVISA<sup>4</sup> 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: \_\_\_\_\_

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