



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 na Resolução Normativa ANS 262, de 01-08-2011.

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.

ENCAMINHAMENTO DA SOLICITAÇÃO

Protocolar diretamente em um dos [17 Departamentos Regionais de Saúde](#), de acordo com a sua localidade.

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