



**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO  
OUTRAS SÍNDROMES SUPERPOSTAS - ELENCO ESTADUAL – CID: M35.1**

**DOCUMENTOS**

- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

**INFORMAÇÕES/EXAMES**

- LAUDO MÉDICO DETALHADO COM A DESCRIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE, BEM COMO OS MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS, CASO NÃO SEJA O PRIMEIRO ESQUEMA A SER SOLICITADO.

**MEDICAMENTOS AUTORIZADOS PARA ESTE CID-10**

- AZATIOPRINA 50MG COMPRIMIDO – ELENCO ESTADUAL.

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**
**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**
**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**
**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

 1- Número do CNES\*   
 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 

 3- Nome completo do Paciente\*   
 4- Nome da Mãe do Paciente\*   
 5- Peso do paciente\*  kg  
 6- Altura do paciente\*  cm

7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

 9- CID-10\*  10- Diagnóstico 

 11- Anamnese\* 

 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*  
 NÃO  SIM. Relatar: 

**13- Atestado de capacidade\***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

 NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento   
 Nome do responsável 

 14- Nome do médico solicitante\*   
 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*   
 16- Data da solicitação\*   
 17- Assinatura e carimbo do médico\* 

 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante  
 Outro, informar nome:  e CPF 

 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*  
 Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia:   
 Parda  
 20- Telefone(s) para contato do paciente 

 21- Número do documento do paciente   
 CPF ou  CNS  
 22- Correio eletrônico do paciente   
 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

## AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CNS  
(nome do paciente ou responsável)

nº \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_,

**autorizo** o (a) Sr(a). \_\_\_\_\_,  
(nome do procurador ou portador)

**portador (a)** da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo \_\_\_\_\_,  
inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente na

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
telefone de contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, **a retirar meu(s) medicamento(s) na  
unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura **Paciente/Responsável**: \_\_\_\_\_

Assinatura do **Procurador/Portador (a)**: \_\_\_\_\_

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

### Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);