



Elaboração: 2016	Última revisão: 12/2024	Próxima Revisão: 12/2026	Revisão: 08
ESCLEROSE MÚLTIPLA CID 10: G35 PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 08, DE 12 DE SETEMBRO DE 2024			

Informações Gerais
Este guia contém orientações sobre o medicamento fornecido pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), que você está recebendo gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao seguir as instruções, você aumenta as chances de obter os melhores resultados com o tratamento.

Medicamentos CEAF	
Acetato de Glatiramer 40 mg, solução injetável Alentuzumabe 10 mg/mL, frasco-ampola contendo 1,2 mL Azatioprina 50 mg, comprimido Cladribina 10 mg comprimido Fingolimode 0,5 mg, cápsula Fumarato de dimetila 120 e 240 mg, comprimido	Betainterferona - 1A – 6.000.000 UI (22 mcg), solução injetável Betainterferona - 1A – 6.000.000 UI (30 mcg), solução injetável Betainterferona -1A – 12.000.000 UI (44 mcg), solução injetável Betainterferona -1B – 9.600.000 UI (300mcg), solução injetável Natalizumabe 300 mg, frasco-ampola Teriflunomida 14 mg, comprimido

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)
() Carteira de identidade com foto (RG) () Cadastro de Pessoa Física (CPF) () Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) () Cartão Nacional de Saúde (CNS) () Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); () Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; () Laudo Médico descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; () Escala Expandida do Estado de Disfunção – Escala EDSS ; () Termo de Esclarecimento e Responsabilidade	() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); () Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento. () Laudo Médico descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico; () Escala Expandida do Estado de Disfunção - Escala EDSS e Taxa de surtos

Exames	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
Para todos os medicamentos: () Laudo – Ressonância Magnética de encéfalo e Medula Espinhal () Hemograma completo () AST – Transaminase Glutâmico Oxalacética/TGO () ALT – Transaminase Glutâmico Pirúvica/TGP () Bilirrubinas () Gama-GT Para todos os medicamentos (exceto Betainterferonas e Glatiramer): () Exame de prova tuberculínica ou IGRA () Laudo de radiografia simples de tórax Para Fingolimode: () Cópia do laudo de Eletrocardiograma (parecer cardiológico) () B-HCG sérico Para Alemtuzumabe: () Anti-HIV () B-HCG sérico Para Cladribina: () Anti-HIV () B-HCG sérico () sorologia para hepatites B e C () Creatinina Para Teriflunomida : () B-HCG sérico	Para todos os medicamentos: () Hemograma Completo; () AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO); () ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP); () Bilirrubinas; () Gama-GT Para Cladribina: () B-HCG sérico () Creatinina Para Teriflunomida : () B-HCG sérico
Os resultados dos exames são fundamentais para uma avaliação precisa sobre os efeitos do medicamento no seu organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.	

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendem à especialidade de neurologia, relacionada à patologia mencionada neste documento, regularizadas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado por um especialista na patologia indicada.
2. No caso de **renovação da LME**, se não houver alteração no tipo, dose ou orientação de uso do medicamento, médicos de outras especialidades (não necessariamente as citadas acima) podem preencher o formulário para dispensação. No entanto, é imprescindível que preencham o campo de anamnese, que deve conter um relatório sucinto sobre a condição clínica do paciente.
3. O paciente deve ser avaliado por um especialista, no mínimo, a cada 6 (seis) meses.

Para recebimento dos medicamentos

Com os documentos mencionados em mãos, o paciente ou seu representante deve se dirigir à Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento. No momento da entrega, o paciente ou seu representante deve realizar a conferência das seguintes informações: identificação do medicamento, apresentação farmacêutica, lote, validade e a quantidade dispensada, que deve estar de acordo com o recibo que será assinado.

Observações

No caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração), a dispensação somente ocorrerá mediante a apresentação de caixa térmica e gelo (ou material similar) suficiente para garantir o acondicionamento e o transporte adequados do medicamento.

- A resposta à solicitação será fornecida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser entregues com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas não esclarecidas neste guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com seu médico ou farmacêutico;
- No caso de recebimento do medicamento em casa, o paciente será contatado por telefone e deve confirmar o recebimento. Nesse caso, o paciente deve permanecer no programa por, no mínimo, 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ao aceitar o presente termo, o proprietário do dado consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável legal

esclerose_multipla_pcdt_rev08

2/8

**ESCALA EDSS – SISTEMAS FUNCIONAIS (SF) PARA A ESCALA EDSS
ESCLEROSE MÚLTIPLA (CID 10: G35)**

Nome do paciente: _____

FUNÇÕES PIRAMIDAIAS	
Normal	0
Sinais anormais, sem incapacidade	1
Incapacidade mínima	2
Discreta ou moderada paraparesia ou hemiparesia; monoparesia grave	3
Paraparesia ou hemiparesia acentuada; quadriparesia moderada; ou monoplegia	4
Paraplegia, hemiplegia ou acentuada quadriparesia	5
Quadriplegia	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES CEREBELARES	
Normal	
Sinais anormais sem incapacidade	
Ataxia discreta em qualquer membro	
Ataxia moderada de tronco ou membros	
Incapaz de realizar movimentos coordenados devido à ataxia	
Desconhecido	
FUNÇÕES DO TRONCO CEREBRAL	
Normal	0
Somente sinais e sintomas	1
Nistagmo moderado ou outra incapacidade leve	2
Nistagmo grave, acentuada paresia extraocular ou incapacidade moderada de outros cranianos	3
Disartria acentuada ou outra incapacidade acentuada	4
Incapacidade de deglutir ou falar	5
desconhecido	(*)
FUNÇÕES SENSITIVAS	
Normal	0
Diminuição de sensibilidade ou estereognosia em 1-2 membros	1
Diminuição discreta de tato ou dor, ou da sensibilidade posicional e/ou diminuição moderada da vibratória ou estereognosia em 1-2 membros; ou diminuição somente da vibratória em 3-4 membros	2
Diminuição moderada de tato ou dor, ou posicional, e/ou perda da vibratória em 1-2 membros; ou diminuição discreta de tato ou dor e/ou diminuição moderada de toda propriocepção em 3-4 membros	3
Diminuição acentuada de tato ou dor, ou perda da propriocepção em 1-2 membros; ou diminuição moderada de tato ou dor e/ou diminuição acentuada da propriocepção em mais de 2 membros	4
Perda da sensibilidade de -2 membros; ou moderada diminuição de tato ou dor e/ou perda da propriocepção na maior parte do corpo abaixo da cabeça	5
Anestesia da cabeça para baixo	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES VESICAIS	
Normal	0
Sintomas urinários sem incontinência	1
Incontinência < ou igual uma vez por semana	2
Incontinência > ou igual uma vez por semana	3
Incontinência diária ou mais que 1 vez por dia	4
Caracterização contínua	5
Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES INTESTINAIS	
Normal	0
Obstipação menos que diária sem incontinência	1
Obstipação diária sem incontinência	2
Incontinência < uma vez por semana	3
Incontinência > uma vez por semana, mas não diária	4
Sem controle do esfíncter retal	5
Grau 5 para bexiga e grau 5 para disfunção retal	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES VISUAIS	

Normal	0
Escotomas com acuidade visual (AV) igual ou melhor que 20/30	1
Pior olho com escotoma e AV de 20/30 a 20/59	2
Pior olho com grande escotomas, ou diminuição moderada dos campos, mas com AV de 20/60 a 20/99	3
Pior olho com diminuição acentuada dos campos a AV de 20/100 a 20/200; ou grau 3 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	4
Pior olho com AV menor que 20/200; ou grau 4 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	5
Grau 5 com AV do melhor olho igual ou menor que 20/60	6
Desconhecido	(*)
FUNÇÕES MENTAIS	
Normal	0
Alteração apenas do humor	1
Diminuição discreta da mentação	2
Diminuição normal da mentação	3
Diminuição acentuada da mentação (moderada síndrome cerebelar crônica)	4
Demência ou grave síndrome cerebral crônica	5
desconhecido	(*)
OUTRAS FUNÇÕES	
nenhuma	0
Qualquer outro achado devido à EM	1
Desconhecido	(*)
A soma dos escores é expressa como (*), quando a informação é desconhecida e, portanto não soma valor.	

INTERPRETAÇÃO DOS SISTEMAS FUNCIONAIS E ESCALA EDSS		EDSS
Exame neurológico normal (todos, SF grau 0; grau 1 SF mental é aceitável)		0
Nenhuma incapacidade, sinais mínimos em 1 SF. (por exemplo: sinal de Babinski ou diminuição da sensibilidade vibratória)		1
Nenhuma incapacidade, sinais mínimos em mais de 1 SF		1,5
Incapacidade mínima em 1 SF (1 SF grau 2, outros 0 ou 1)		2
Incapacidade mínima em 2 SF (2 SF grau 2, outros 0 ou 1)		2,5
Incapacidade moderada em 1 SF (1 SF grau 3, outros 0 ou 1), ou incapacidade discreta em 3 ou 4 SF (3 ou 4 SF grau 2, outros 0 ou 1)		3
Pode caminhar a distância que quiser. Incapacidade moderada em 1 SF (grau 3) e 1 ou 2 SF grau 2; ou 2 SF grau 3; ou 5 SF grau 2 (outros 0 ou 1)		3,5
Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 500 m. Auto-suficiente (1 SF 4, outros 0 ou 1), ou vários graus 3 ou menores)		4
Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 300 m. Hábil para trabalhar todo o dia, podendo apresentar alguma limitação ou requerer mínima assistência. (1 SF grau 4 – outros 0 ou 1 – ou combinação de graus menores que excedam limites de estágios anteriores)		4,5
Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 200 m. Apresenta incapacidade que compromete as atividades diárias. (1 SF grau 5 – outros 0 ou 1 – ou combinação de graus menores que excedam especificações para o grau 4)		5
Pode caminhar sem ajuda ou descanso até 100 m. Incapacidade grave suficiente para impedir a realização das atividades diárias. (1 SF grau 5 – outros 0 ou 1 – ou combinação de graus menores que excedam especificações para o grau 4)		5,5
Auxílio intermitente ou unilateral constante (bengalas, muletas) para caminhar cerca de 100 m com ou sem descanso. (combinações de SF com mais de 2 com grau 2)		6
Auxílio bilateral constante para caminhar 20 m sem descanso. (combinações de SF com mais de 2 com grau 3)		6,5
Incapacidade para caminhar mais de 5 m, mesmo com auxílio; uso de cadeira de rodas; capaz de entrar e sair da cadeira sem ajuda. (combinações com mais de 1 SF grau 4; mais raramente, SF piramidal grau 5 isolado)		7
Não consegue dar mais do que alguns poucos passos, essencialmente restrito à cadeira de rodas; pode precisar de ajuda para entrar e sair da cadeira; não consegue permanecer na cadeira de rodas comum o dia inteiro (somente na motorizada). Combinações com mais de 1 SF grau 4		7,5
Essencialmente confinado à cadeira de rodas ou à cama. Consegue se locomover com a cadeira de rodas, porém não consegue ficar fora da cama por muito tempo. Consegue realizar algumas funções de sua higiene e mantém o uso dos braços. Combinações geralmente grau 4 em várias funções.		8
Permanece na cama a maior parte do dia; consegue realizar algumas funções para cuidar de sua própria higiene e mantém algum uso dos braços. Combinações, geralmente grau 4 em várias funções		8,5
Acamado e incapacitado; consegue se comunicar e comer. Não realiza higiene própria. Combinações, geralmente grau 4 em várias funções		9
Totalmente incapacitado; não consegue se comunicar efetivamente ou comer/engolir. Combinações, geralmente 4 em várias funções		9,5
Morte devido envolvimento tronco ou falência respiratória; ou morte conseqüente longo tempo acamado no leito com pneumonia, sepsis, uremia ou falência respiratória		10
Fonte: Chaves MLF, Finkelsztejn A, Stefani M. A. Rotinas em Neurologia e Neurocirurgia. Porto Alegre. Artmed, 2008. Capítulo “Escala em Neurologia”		

Assinatura e Carimbo (Médico)

LAUDO MÉDICO PARA TRATAMENTO DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Paciente: _____ Idade: _____

Forma diagnóstica: ☐ Remitente recorrente (EMRR)
☐ Secundariamente progressiva (EMSP)
☐ primariamente progressiva (EMPP)

Classificação da atividade da EM (assinalar caso aplicável):

- ☐ Incidência de dois ou mais surtos incapacitantes com resolução incompleta.
- ☐ Evidência de pelo menos uma nova lesão captante no gadolínio ou aumento significativo da carga da lesão em T2 no ano anterior em pacientes não tratados.
- ☐ Atividade da doença no ano anterior, durante a utilização adequada de pelo menos um MMCD, na ausência de toxicidade (intolerância, hipersensibilidade ou outro evento adverso) ou não adesão ao tratamento, apresentando pelo menos um surto no último ano durante o tratamento.
- ☐ Evidência de pelo menos nove lesões hiper-intensas em T2 ou pelo menos uma nova lesão captante de gadolínio.

Paciente apresenta alguma(s) das condições relacionadas abaixo:

1. Já utilizou MMCD? ☐ Sim ☐ Não. Por quanto tempo? _____
2. Paciente Imunocomprometido? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliado
3. Paciente com histórico de Acidente Vascular Cerebral? ☐ Sim ☐ Não
4. Paciente com de angina de peito ou histórico de infarto do miocárdio? ☐ Sim ☐ Não
5. Paciente com coagulopatia conhecida, em terapia antiplaquetária ou anticoagulante? ☐ Sim ☐ Não
6. Paciente com história de Depressão grave e/ou ideação suicida? ☐ Sim ☐ Não
7. Paciente com histórico de Neoplasia? ☐ Não ☐ Sim ativa ☐ Sim passada. Há quanto tempo? _____
8. Paciente com hipertensão não controlada? ☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliado
9. Paciente com risco de desenvolvimento de leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP)?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não avaliado
10. Teve qualquer outra infecção oportunista nos últimos 3 meses: ☐ Sim ☐ Não
Qual: _____
11. Tem alguma infecção atual ativa: ☐ Sim ☐ Não
Qual: _____

Observações adicionais:

Assinatura e Carimbo (Médico)

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Eu, _____, declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de alentuzumabe, azatioprina, betainterferonas, cladribina oral, fingolimode, fumarato de dimetila, glatirâmer, natalizumabe e teriflunomida, indicados para o tratamento de esclerose múltipla. Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) _____.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios: - melhora dos sintomas; - redução do número de internações hospitalares. Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos do uso do medicamento: - A teriflunomida e a cladribina oral são contraindicadas para uso por gestantes (categoria de risco X); - não se sabe ao certo os riscos do uso do fumarato de dimetila, fingolimode, natalizumabe e alentuzumabe na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico; - há evidências de riscos ao bebê com o uso de azatioprina, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos; - é pouco provável que o glatirâmer apresente risco para o bebê; os benefícios potenciais provavelmente sejam maiores que os riscos; - eventos adversos da azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, queda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa; - eventos adversos das betainterferonas: reações no local de aplicação, sintomas de tipo gripal, distúrbios menstruais, depressão (inclusive com ideação suicida), ansiedade, cansaço, perda de peso, tonturas, insônia, sonolência, palpitações, dor no peito, aumento da pressão arterial, problemas no coração, diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, falta de ar, inflamação na garganta, convulsões, dor de cabeça e alterações das enzimas do fígado; - eventos adversos do glatirâmer: dor e irritação no local da injeção, dor no peito e dores difusas, aumento dos batimentos do coração, dilatação dos vasos, ansiedade, depressão, tonturas, coceira na pele, tremores, falta de ar e suor; - eventos adversos da teriflunomida: cefaleia, diarreia, náusea, alopecia e aumento da enzima alanina aminotransferase (ALT/TGP); - eventos adversos do fumarato de dimetila: rubor, eventos gastrointestinais (diarreia, náuseas, dor abdominal, dor abdominal superior), linfopenia, leucopenia, sensação de queimação, fogacho, vômito, gastrite, prurido, eritema, proteinúria e aumento de aminotransferases. LEMP reação adversa grave, já foi relatada, portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações de hipersensibilidade; - eventos adversos do fingolimode: dor de cabeça, dor nas costas, diarreia, tosse, tontura, fraqueza, queda de cabelo, falta de ar, elevação das enzimas do fígado, infecções virais, sinusite, problemas de visão e diminuição dos batimentos no coração que podem acontecer logo após a administração da primeira dose do medicamento e até seis horas após. LEMP, já foi relatada, 38 portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações de hipersensibilidade; - eventos adversos do natalizumabe: dor de cabeça, tontura, vômitos, náuseas, alergias, arrepios, cansaço e alterações nas enzimas do fígado. LEMP, já foi relatada, portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações de hipersensibilidade. - eventos adversos da cladribina oral: linfopenia, bolhas nos lábios (herpes oral), herpes zoster com manifestação na pele, erupção na pele, queda de cabelo e pelos, diminuição do número de neutrófilos. - eventos adversos do alentuzumabe: linfopenia, leucopenia, taquicardia, hipertireoidismo, náusea, pirexia, fadiga, calafrios, infecção do trato urinário, infecção do trato respiratório superior, cefaleia, erupção cutânea, urticária, prurido, erupção cutânea generalizada, ruborização. O tratamento com alentuzumabe pode resultar na formação de autoanticorpos e aumento do risco de condições mediadas por autoimunidade, que podem ser graves e com risco de vida. LEMP foi relatada na póscomercialização, portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações de hipersensibilidade. Estou ciente de que o medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

O meu tratamento constará do seguinte medicamento: () alentuzumabe () azatioprina () betainterferona 1a () betainterferona 1b () cladribina oral () fingolimode () fumarato de dimetila () glatirâmer () natalizumabe () teriflunomida

Local:	Data:	
Nome do Paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
 Assinatura do paciente ou responsável legal 		
Nome do Médico:	CRM:	UF:
Assinatura e carimbo médico		

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* 5- Peso do paciente* kg

4- Nome da Mãe do Paciente* 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?*

☐ SIM. Relatar:

☐ NÃO

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* 17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação*

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 ☐ Sem informação

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*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

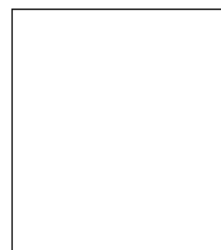
Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:	
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 2*				
Nome Completo:				
Nº Doc. De Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:	
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 3*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:	CEP:	
Telefones para contato:				
Email:				

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: ____ / ____ /20__ Assinatura do paciente: _____



Campo para digital