Elaboração: 2016 Última revisão: 05/05/2022 Próxima Revisão: 05/2024 Revisão:

HEPATITE AUTO-IMUNE

CID 10: K75.4

PORTARIA CONJUNTA № 14, DE 9 DE MAIO DE 2018

Informações Gerais

Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

Medicamentos CEAF	Medicamentos fornecidos por outras Esferas do SUS
Azatioprina 50 mg, comprimido	*Medicamento fornecido pelo Município
	Prednisona 5 ou 20 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					
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, detalhadamente o histórico	()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, em caso de alteração da terapêutica.					

Exames	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
() AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética – TGO)	() Hemograma completo com plaquetas
() ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica – TGP)	() AST (Transaminase Glutâmico-Oxalacética-TGO
() Gamaglobulina - IgG	() ALT (Transaminase Glutâmico-Pirúvica –TGP)

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado.

Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.

Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade Hepatologia de que trata este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à **Farmácia de Pernambuco.**

Observações:

- 1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia.
- Quando de RENOVAÇÃO DA LME, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese o campo que dever conter um relatório sucinto da condição clínica do paciente.
- 3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista.

Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento; No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve está de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa 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

Teste 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







ESCORE REVISADO – ERDHAI

Para diagnóstico de Hepatite Auto-imune

Nome:	Idade:

Parâmetro	Escore	Paciente
Sexo feminino	+2	
Relação fosfatase alcalina/AST (TGO) ou ALT(TGP)	<u> </u>	-
<1,5	+2	
1,5-3,0	0	
>3,0	-2	
Gamaglobulina ou IgG (nº de vezes acima do normal)	•	1
>2,0	+3	
1,5 -2,0	+2	
1,0-1,5	+1	
<1,0	0	
FAN, AML ou anti-LKMI		L
>1:80	+3	
1:80	+2	
1:40	+1	
<1:40	0	
Antimitocôndria positivo	-4	
Marcadores Hepatites virais		L
Reagente	-3	
Não reagente	+3	
Consumo de fármacos hepatotóxicos atual ou recente		L
Presente	-4	
Ausente	+1	
Consumo médio de álcool		L
<25 g/dia	+2	
>60 g/dia	-2	
Histologia hepática		
Infiltrado periportal com necrose em saca-bocado	+3	
Infiltrado linfoplasmocitário predominante	+1	
Hepatócitos em roseta	+1	
Nenhum dos critérios acima	-5	
Alterações biliares	-3	
Outras alterações	-3	
Outra doença autoimune (própria ou em família de 1º grau)	+2	
Parâmetros opcionais	<u>l</u>	
Positividade de outro anticorpo associado a HAI	+	
HLA DR3, DR7 ou DR 13	+1	
Resposta ao tratamento imunossupressor	<u> </u>	1
Completa	+2	
Recaída com diminuição	+3	

Assinatura e carimbo médico Data: / /







TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREDNISONA E AZATIOPRINA

- normalização dos níveis das enzimas (aminotran	sferases/transaminases); - prevenção de recaídas. Fui também claramente
informado(a) a respeito das seguintes contraindicaç	ões, potenciais efeitos adversos e riscos do uso dos medicamentos:
- azatioprina: na gravidez, há evidências de riscos	ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos. Caso
_	ara prednisona, não se sabe ao certo os riscos do uso na gravidez; portanto,
caso engravide, deve avisar imediatamente o médic	0
- principais efeitos adversos da prednisona: os mai	s comuns são dor de cabeça, vertigem, pressão alta, aumento da glicose no
	roxas na pele, crescimento excessivo de pêlo, retenção de sódio e líquidos,
•	nvulsões, aumento de peso, catarata, perda de cabelo, aumento da pressão
•	le da cicatrização, alterações no período menstrual, gordura na região
abdominal e no pescoço, olhos salientes ou estrias v	ermelhas.
- principais efeitos adversos da azatioprina: efeitos	s adversos comuns: febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de
pele, queda de cabelo, aftas, dores articulares, p	roblemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa e reações de
	ção das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue; gastrointestinais:
náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com	
nausea, voinitos, diarreia, doi abdoininai, rezes con	saligue, toxicidade para o ligado,,
- os medicamentos são contraindicados em caso	de hipersensibilidade (alergia) conhecida ao fármaco ou componentes da
fórmula. Estou ciente de que o(s) medicamento(s)	somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-
lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se	o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser assistido(a),
	o. Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de
informações relativas ao meu tratamento, desde qu	
omaşooo rolatirad ad ilida ti ataliilidinə, adotad qa	(/ (/
O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medica	amento(s): () azatioprina () prednisona
Local:	Data:
Nome do Paciente:	Dutu.
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
Assinatu	ra do paciente ou responsável legal
Nome do Médico:	CRM: UF:

Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do componente especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias: uma ficará arquivada na farmácia e a outra será entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Assinatura e carimbo médico



Data:











COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

4- Nome da Mile do Paciente* 7- Medicamento(s)* 1º més 2º més 3º més 4º més 5º més 6º més 1º més 2º més 3º més 4º més 5º més 1º més 1º més 2º més 1º més 1º més 2º més 1º més 1	1- NUMBERO DO CINES			co solic	HANIE		
* Nome da Mão do Paciente* * Nome da Mão do Paciente* * Nedicamento(s)* * Describe servicio de la Mão do Paciente* * Nedicamento(s)* * Residente de la Mão do Paciente* * Nedicamento(s)* * Sum servicio de la Mão do Paciente* * Nedicamento(s)* * Residente de la Mão do Paciente* * Nedicamento de la Mão do Paciente de la Mão do Paciente de Cere de la Solicitação do medicamento de verá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensado a obrigatoriedade da presença física do Paciente considerado incapaz de acordo comos artigos 3º e4º do Codigo CvI. O paciente é considerado incapaz? NÃO SM. Nedicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poder á realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável 1s- Nome do médico solicitante* Nămero do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* Nimero do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* Nimero do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* Paciente Mão do paciente Responsável (descrito natem 13) Médico solicitante CERE Paciente Não do paciente N		abelecimento de Sa	aude Solicità	inte			
4- Nome da Mão do Paciente* 7- Medicamento(s)* 7- Medicamento(s)* 7- Medicamento(s)* 8- Quantidade solicitada* 19-més 2º més 3º més 4º més 6º mé	3- Nome complete do Paciente*					5-Peso d	o paciente*
7- Medicamento(s)* 1							kg
7. Medicamento(s)* 1º més 2º més 3º més 4º més 5º més 6º més 1º més 2º més 3º més 4º més 5º més 6º més 1º més 2º més 3º més 4º més 5º més 6º més 1º més 2º més 3º més 4º més 5º més 6º més 1º més 2º més 3º més 4º més 5º més 6º més 1º paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença processor de la considerado incapaz de acordo comos artigos 3º el « 0º cológio Cvil. O paciente é considerado incapaz de acordo comos artigos 3º el « 0º cológio Cvil. O paciente é considerado incapaz processor realizou se verta de la considerado incapaz de acordo comos artigos 3º el « 0º cológio Cvil. O paciente é considerado incapaz processor de la considerado incapaz de acordo comos artigos 3º el « 0º cológio Cvil. O paciente é considerado incapaz processor de la considerado incapaz de acordo comos artigos 3º el « 0º cológio Cvil. O paciente é considerado incapaz processor de la c	4- Nome da Mãe do Paciente*					6-Altura c	lo paciente
7. Medicamento(s)* 1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 8º mês 1 2 3 4 5 6 6 9 CD-10* 10- Diagnóstico 11- Anamnese* 12- Paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença?* SML Relatar: NÃO SML Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento de responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nõme do responsável 14- Nome do médico solicitante* 15- RaçaíCor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* Prota Amarela RegaíCor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* Prota Amarela Sem informado pelo paciente Responsável descrito no item 13 Médico solicitante CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável descrito no item 13 Médico solicitante Branca Amarela Amarela Sem informado pelo paciente ou responsável CPF ou CNS 29- Assinatura do responsável pelo preenchimento*							cm
1 Paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença?* 12. Paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença?* SM. Relatar: NÃO SM. Indicar o nome do responsável pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do acciente considerado incapaz de acordo comos artigos 3º 4º do Código CVII. O paciente é considerado incapaz? NÃO SM. 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 * Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 18- Data dasolicitação* 20- Telefone(s) para contato do paciente Peta Indigena. Informar Emia: 20- Telefone(s) para contato do paciente Peta Indigena. Informar Emia: 20- Telefone(s) para contato do paciente Peta Indigena. Informar Emia: 20- Telefone(s) para contato do paciente Peta Indigena. Informar Emia: 20- Telefone(s) para contato do paciente Peta Indigena. Informar Emia: 20- Telefone(s) para contato do paciente Peta Indigena. Informar Emia: 20- Telefone(s) para contato do paciente Peta Indigena. Informar Emia: 20- Telefone(s) para contato do paciente Peta Indigena. Informar Emia: 20- Telefone(s) para contato do paciente Peta Indigena. Informar Emia: 20- Telefone(s) para contato do paciente 20- Telefone	7 Medicamento(s)*				desolicitad	la*	
2 3 3 4 5 6 6 6 6 6 6 6 6 6	20 1000 000 000 000 000 000 000 000 000	1º mês	2º m ês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
3 4 4 5 5 6 8 5 5 6 8 5 5 6 8 5 5 6 6 8 5 6 6 6 6							
4 5 6 9 CID-10* 16 Diagnóstico 11- Anamnese* 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*	2			-			
11- Anamnese* 12- Paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença?* SM. Relatar: NÃO SM. Indicar o nome do responsável pelo paciente. Entretanto, fica dispensada obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? NÃO SM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável NAO SM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável NAO SM. Assinatura e carimbo domédico* NAO SM. Assinatura e carimbo domédico* NAO SM. Assinatura e carimbo domédico* SM. Assinatura e carimbo domédico SM. Assinatura do paciente SM. Assinatura do paciente SM. Assinatura do paciente SM. Assinatura do paciente SM. Assinatura do responsável pelo preenchimento SM. Assinatura do responsável pelo preenchimen	3			2	8		
11- Anamnese* 12- Paciente realizou tratamento prévio ou estáem 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 aciente considerado incapaz de acordo comos artigos 3º o 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* 14- Nome do médico solicitante* 15- Data da solicitação* □ NÃO □ CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: □ Paciente □ Mão do paciente □ Responsável (descrito no item 13) □ Médico solicitan □ Outro, informar nome □ e CPF □ Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante □ Preta □ Indigena. Informar Etnia: □ Amarela □ Amarela □ Sem informação 21- Número do documento do paciente □ CSS Assinatura do responsável pelo preenchimento*	4						
11- Anamnese* 12- Paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença?* SM. Relatar: NÃO A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? NÃO	5						
11- Anamnese* 12- Paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença?* SM. Relatar: NÃO SM. Relatar: NÃO A solicitação do medicamento deveráser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensadaa obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos 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 domédico* CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitan Outro, informar nome e CFF Branca Sem informação Sem informação 21- Número do documento do paciente Sem informação 22- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	6			8	Š	\$	
11- Anamnese* 12- Paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença?* SM. Relatar: NÃO SM. Relatar: NÃO A solicitação do medicamento deveráser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensadaa obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos 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 domédico* CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitan Outro, informar nome e CFF Branca Sem informação Sem informação 21- Número do documento do paciente Sem informação 22- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	a CID 10* — 10- Diagnóstico —				L	L .	
12- Paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença?* SIM. Relatar: NÃO SIM. Relatari de considerado medicamento deveráser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensadaa obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos 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 domédico* Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação* 17- Assinatura e carimbo domédico* Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 18- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável 20- Telefone(s) para contato do paciente Preta Indigena. Informado pelo paciente ou responsável 19- Parda Sem informação Sem informação 21- Número do documento do paciente 22- Assinatura do responsável pelo preenchimento* 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* 24- Assinatura do responsável pelo preenchimento* 25- As							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou estáem tratamento da doença?* SIM. Relatar: NÃO SIM. Relatari de considerado medicamento deveráser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensadaa obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos 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 domédico* Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação* 17- Assinatura e carimbo domédico* Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 18- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável 20- Telefone(s) para contato do paciente Preta Indigena. Informado pelo paciente ou responsável 19- Parda Sem informação Sem informação 21- Número do documento do paciente 22- Assinatura do responsável pelo preenchimento* 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* 24- Assinatura do responsável pelo preenchimento* 25- As							
SIM. Relatar: NÃO							
SIM. Relatar:	12. Pacienta realizou tratamento právio ou está em tratamento da	doenca?*					
NÃO	(<u>12—4</u>)	doença?					
A solicitação do medicamento deveráser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensadaa obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos 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 domédico* - Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 18- Data da solicitação* - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mão do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Outro, informar nome: e CPF Branca Amarela Amarela Sem informação 20- Telefone(s) para contato do paciente Preta Indigena. Informar Etnia: - Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente CPF ou CNS - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mão do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante CPF ou CNS							
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? NÃO	LINAO						
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo comos artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz? NÃO	13 Atesta	do de canacid	lade*				
NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável	A solicitação do medicamento deveráser realizada pelo paci	ente. Entretanto, f	ica dispens			a presença t	ísicado
poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável 14- Nome do médico solicitante* Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 15- Data da solicitação* - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitan Doutro, informar nome: e CPF Branca Amarela Indígena. Informar Etnia: Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente CPF ou CNS CNS INTERIOR (23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*)			ciente é con	siderado in	capaz?		
Nome do responsável 14- Nome do médico solicitante* Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 15- Data da solicitação* 17- Assinatura e carimbo do médico * 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitan © Outro, informar nome: e CPF 19- Raça/Cor/Etnía informado pelo paciente ou responsável* 20- Telefone(s) para contato do paciente Preta Indígena. Informação 21- Número do documento do paciente 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		o qual					
- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitan e CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente CPF - CPF	podora realizar a solicitação do nicaleaniento			Nome d	o responsá	vel	
- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitan Outro, informar nome: Branca Preta Indígena. Informação 21- Número do documento do paciente CPF ou CNS 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	14 Nome do médico solicitante*]/ 17- <i>J</i>	Assinatura e	carimbo do	médico*
- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitan Outro, informar nome: Branca Preta Indígena. Informação 21- Número do documento do paciente CPF ou CNS 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*							
Outro, informar nome: Branca 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* 20- Telefone(s) para contato do paciente	- Numero do Cartao Nacional de Saude (CNS) do medico solicitant	te^ 16- Data das	olicitação*				
Outro, informar nome: Branca 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* 20- Telefone(s) para contato do paciente							
Outro, informar nome:							
Branca 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* 20- Telefone(s) para contato do paciente	CAMPOS ARAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciento	∏Mão do pacient	а Проспо	one ávol /dos	crito no item 1	a) Nádi	co solicitan
Branca Amarela Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente CPF ou CNS CNS Sem informação 23- Assinatura do responsáv el pelo preenchimento*		☐ Mãe do pacient	-50)598	onsável (des	crito no item 1	3) Médi	co solicitan
Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente CPF ou CNS		☐ Mãe do pacient	-50)598	onsável (des	crito no item 1	3) Médi	co solicitan
Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente CPF ou CNS	Outro, informar nome:		-50)598		<u> </u>		
21- Número do documento do paciente CPF ou CNS C CNS	Outro, informar nome:		-50)598		<u> </u>		
CPF ou CNS C CNS	Outro, informar nome:		-50)598		<u> </u>		
22- Correio eletrônico do paciente	Outro, informar nome: Branca		-50)598	- 20- Telefo	ne(s) para d	contato do p	aciente
	Outro, informar nome: Branca		-50)598	- 20- Telefo	ne(s) para d	contato do p	aciente
	Outro, informar nome: 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou respon Branca Amarela Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente CPF ou CNS COMBANDO		-50)598	- 20- Telefo	ne(s) para d	contato do p	aciente





DECLARAÇÃO AUTORIZADORA (Portaria de Consolidação n° 2, de 28 de setembro de 2017)

Autorizo os representantes abaixo rel							
da Secretaria de Saúde do Estado de continuidade de tratamento e recebime			zação da	solicita	ição de med	dicamentos, renovação o	
	REPI	RESENTA	NTE 1*				
Nome Completo:							
Nº Doc. de Identidade (RG):			UF: Órgão E		Órgão Em	issor:	
N° CPF:							
Parentesco:							
Logradouro:			N°	Coi	mplemento	:	
Bairro:	UF:	Mun	icípio:			CEP:	
Telefones para contato:							
Email:							
	REPI	RESENTA	NTE 2*				
Nome Completo:							
Nº Doc. De Identidade (RG):			UF:		nissor:		
N° CPF:							
Parentesco:			ı				
Logradouro:			N°	Coi	mplemento	:	
Bairro:	UF:	Mun	icípio:			CEP:	
Telefones para contato:							
Email:							
	REPI	RESENTA	NTE 3*				
Nome Completo:							
Nº Doc. de Identidade (RG):			UF:	Órgão Emis		issor:	
N° CPF:							
Parentesco:							
Logradouro:			Nº Complemento:		plemento:	_	
Bairro:	UF:	Mun	icípio:			CEP:	
Telefones para contato:							
Email:							
*Anexar cópia do RG dos representant	es autorizados.						
Data: / /20 Assinatura do p	aciente:						
	-						