ANEXO I

REQUERIMENTO

À Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Santa Maria Madalena-RJ

Eu, _____, inscrito (a) sob o CPF nº _____, residente e domiciliado na _____, nº _____, Bairro _____, Município de Santa Maria Madalena, no Estado Rio de Janeiro. Vem respeitosamente à presença de Vossa Senhoria, requerer a gratuidade do (a) _____.

Por fim, informo não possuir condições financeiras para arcar com o solicitado.

Santa Maria Madalena, _____ de _____ de _____.

_____

ANEXO II

***LISTA DE DOCUMENTOS EXIGIDOS PARA* SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA USO CONTÍNUO, EM CONFORMIDADE COM A LEI MUNICIPAL N° 2155/2019**

- Receita médica original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias;
- Identificação exata da enfermidade. Com respectiva Classificação Internacional da Doença – CID;
- Identificação clínica para uso do medicamento;
- Esquema terapêutico recomendado;
- Previsão de consumo e custo;
- Comprovar ser domiciliado e cidadão madalenense;
- Cópia do RG, CPF ou CNH (se menor de idade, cópia da certidão de nascimento e cópia dos documentos do responsável, se interditado (incapaz), cópia do termo de curatela);
- Cópia do cartão do SUS;
- Comprovante de renda familiar (contracheque e/ou carteira de trabalho e/ou extrato bancário);
- Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento;
- Relatório médico justificando a necessidade do item não preconizado no SUS e Declaração de inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015).

Declaro para os devidos fins de direito, que recebi da secretaria Municipal de Saúde todas as orientações e esclarecimentos acerca da necessidade da apresentação dos documentos acima elencados, estando ciente de responderei criminalmente em caso de falsidade da documentação apresentada.

Santa Maria Madalena, _____ de _____ de _____.

Nome: _____

CPF: _____

ANEXO III

LISTA DE VERIFICAÇÃO DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA USO CONTÍNUO POR PROTOCOLO CLÍNICO DE TRATAMENTO DE INSTITUIÇÃO PÚBLICA DE SAÚDE

DOCUMENTOS EXIGIDOS

SIM	NÃO	N/A	Condições indispensáveis conforme Lei Municipal n° 2155/2019
			Receita médica original, em duas vias, legível e com data inferior a 30 dias
			Identificação exata da enfermidade. Com respectiva Classificação Internacional da Doença – CID
			Identificação clínica para uso do medicamento
			Esquema terapêutico recomendado
			Previsão de consumo e custo
			Comprovar ser domiciliado e cidadão madalenense
			Cópia do RG, CPF ou CNH (se menor de idade, cópia da certidão de nascimento e cópia dos documentos do responsável, se interditado (incapaz), cópia do termo de curatela)
			Cópia do cartão do SUS
			Comprovante de renda familiar (contracheque e/ou carteira de trabalho e/ou extrato bancário)
			Cópia dos exames complementares que justifiquem a necessidade do medicamento
			Relatório médico justificando a necessidade do item não preconizado no SUS e Declaração de inexistência de conflito de interesses em relação à indústria farmacêutica e/ou pesquisa clínica (conforme Resolução SS nº 83/2015)
Outras Informações:			

Santa Maria Madalena, _____ de _____ de _____.

Servidor responsável: _____

Paciente: _____