



Câmara Municipal de Bertioga

Estado de São Paulo

Estância Balneária

INDICAÇÃO Nº 152 / 16

Protocolo:	<u>844/16</u>		
Data:	<u>01/06/16</u>	Hora:	<u>08:45</u>
Ofício nº:	_____		
Aprovado na	<u>16^ª</u>	SO,	
realizada em	<u>31.05.16</u>		
<u>S</u>	adendo		
Presidente			

LUIS HENRIQUE CAPELLINI
Presidente da Câmara

Assunto: Formulário Alto Custo.
Ref: 027/2016

Bertioga, 31 de Maio de 2016

Excelentíssimo Sr. Presidente,
Nobres Vereadores:

Dra. Elisabeth Dotti Consolo, no uso de suas atribuições regimentais, vem perante Vossa Excelência, ouvido o Douto Plenário, fazer a seguinte Indicação:

Alguns medicamentos tem valor acima do enquadrado na tabela de preços do Ministério da Saúde para serem dispensados pelo Município, desta forma, muitos munícipes aderem ao Processo de Compra de Medicamento de Alto Custo.

Para conhecimento dos munícipes que terão acesso ao conteúdo desta indicação, neste processo, os munícipes requerem um formulário na farmácia para que o medico que receitou o medicamento o preencha, anexando copia dos exames que comprovem a necessidade deste medicamento e receitas do mesmo.

Essa semana, uma munícipe que havia passado em consulta ambulatorial em uma das unidades de saúde do Município trouxe seu formulário para me perguntar o porque do campo 'medico solicitante' estar previamente preenchido com o nome de um medico quem a munícipe nem conhecia.



Câmara Municipal de Bertioga

Estado de São Paulo

Estância Balneária

Indico ao setor de farmácia informações sobre o por que dos formulários virem previamente preenchidos com dados de outro medico?

Por que desse prévio preenchimento de dados?

Por que o medico o nome do medico Dr. Sergio Boarin está sendo utilizado?

Por que não preencher com o nome do medico que receitou o medicamento?

Consulto o Douto Plenário, no tocante à permissão de envio de Ofício ao Executivo Municipal e Secretaria de Saúde e ao Responsável pela farmácia municipal, dando conta aos mesmos do teor da Indicação. Observados os preceitos regimentais, esta é a Indicação que vai devidamente subscrita.

Es. Consolo

Dra. Elisabeth Dotti Consolo
Vereador

LUIZ CARLOS PACÍFICO JR.
Vereador

EDVALDO ALECRIM SILVA
1º Secretário

JOSÉ EDUARDO IRMÃO
2º Secretário

IVAN DE CARVALHO
Vereador

LUÍS HENRIQUE CAPELLINI
Presidente da Câmara

Ver. Antonio Rodrigues Filho
Vice-Presidente

Valéria Bento
Vereadora

ALFONSO DARI WEILAND
Vereador

+ CPK, TGO, TGP



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

AUTORIZAÇÃO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1. Número do CNES*

2.038.463

2. Nome do estabelecimento de saúde solicitante

CS III BERTIOGA

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

1

2

3

4

5

9. CID-10*

E78-5

10. Diagnóstico

DISLIPIDEMIA

11. Anamnese

EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES

12. Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☒ SIM. Relatar: VIDE CAMPO 7

☐ 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*

SERGIO BORIN

15. Data da solicitação*

17. Assinatura e carimbo do médico*

16. Número do documento do médico solicitante*

☐ CPF ou ☒ CNS

204.310.451.113.000

18. CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante

☒ Outro, informar nome: GERALDO TADEU LISTA GONÇALO

e CPF 130.551.288-00

19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca

☐ Amarela

☐ Preta

☐ Indígena. Informar Etnia:

☐ Parda

☐ Sem informação

21. Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☒ CNS

22. Correio eletrônico do paciente

20. Telefone(s) para contato do paciente

23. Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO