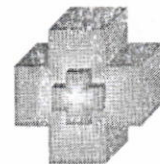




MUNICÍPIO DE ITUI – PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



REQUISIÇÃO INTERNA Nº 723/2015 – SMS

COPAM-RECEBIDO

07/05/15

ASS: 15:30

ÓRGÃO.....: 12 – Secretaria Municipal da Saúde

UNIDADE.....: 02– Coord. Do Fundo Municipal de Saúde – UNIÃO

AÇÃO.....: 2.124 – Sistema Único de Saúde (SMS)

NATUREZA DA DESPESA: 3.3.90.39.63.0000 - SERVIÇOS GRÁFICOS - 6577

CÓDIGO PRODUTO	QUANTIDADE	UNIDADE	DESCRIÇÃO	VALOR
32391	20	Bloco	Formulário de documentos necessários para abertura de processo administrativo de dietas enterais, tamanho 21cm x 29,7cm, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão frente (1x0), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	
33447	20	Bloco	Formulário de documentos necessários para abertura de processo administrativo para solicitação de medicamentos especiais, tamanho 21cm x 29,7cm, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão frente (1x0), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	
32393	20	Bloco	Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos, tamanho 21cm x 29,7cm, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão frente (1 x 0), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	
2876	20	Bloco	Formulário de Cadastro Usuário e responsáveis, tamanho 21cm x 29,7cm, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão frente (1x0), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	
33851	20	Bloco	Formulário de documentos necessários para abertura de processo administrativo de medicamentos especializados, tamanho 21cm x 29,7cm, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão frente (1x0), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	
33445	20	Bloco	Formulário de documentos necessários para renovação de tratamento, tamanho 21cm x 29,7cm, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão frente (1x0), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	
33852	20	Bloco	Formulário de documentos necessários para renovação de dietas, tamanho 21cm x 29,7cm, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão frente (1x0), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	
32394	20	Bloco	Laudo para Solicitação de Formulas Nutricionais, tamanho A 4, papel sulfite (branco), cores: 1 cor (preto), impressão frente e verso (1x1), acabamento: blocos com 100 folhas, gomado parte superior. Conforme modelo em anexo.	

DESTINO...: Para uso da Secretaria Municipal da Saúde.

CREDOR....:

Req 958 /2015

PROC. 896/2015

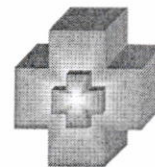
T.R. 13/2015

Handwritten signatures and initials in blue ink.



MUNICÍPIO DE IJUÍ – PODER EXECUTIVO

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



Declaro que a ação de despesa requisitada está prevista no Plano Plurianual e na Lei de Diretrizes Orçamentária, com saldo de dotação na natureza de despesa no Orçamento do Órgão, bem como devidamente classificada, conforme codificação específica no SIAPC.

IJUÍ-RS, 27 de abril de 2015

Márcia Elisa Basso Boniatti
Matrícula 21307-12
Requisitante

Alexandra de Freitas Lentz
CPF: 883.613.300-20

Secretária Municipal de Saúde

Observações:

(☒) Deferido
() Indeferido

Fioravante Batista Ballin
Prefeito

COPAM

Modalidade: TP

Data: ____/____/____

Município de Ijuí - RS
Walter J. S. Arbo
Secretário da Fazenda Adjunto

Walter Arbo
Secretario Adjunto da Fazenda



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DE DIETAS ENTERAIS,
FÓRMULAS INFANTIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS DA PORTARIA/SES/RS Nº 670/2010
(DOE - REPUBLICADA EM 31/12/2010):

- ☐ Fórmula e complemento nutricional: _____
- _____
- _____
- ☐ Cópia dos documentos do USUÁRIO: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento, no caso de menores); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Cópia dos documentos do RESPONSÁVEL: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (LFN) com CID: _____
- ☐ Formulário de cadastro do usuário e responsável.
- ☐ Outros: _____
- _____
- _____

1



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DE DIETAS ENTERAIS,
FÓRMULAS INFANTIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS DA PORTARIA/SES/RS Nº 670/2010
(DOE - REPUBLICADA EM 31/12/2010):

- ☐ Fórmula e complemento nutricional: _____
- _____
- _____
- ☐ Cópia dos documentos do USUÁRIO: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento, no caso de menores); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Cópia dos documentos do RESPONSÁVEL: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (LFN) com CID: _____
- ☐ Formulário de cadastro do usuário e responsável.
- ☐ Outros: _____
- _____
- _____

1



MUNICÍPIO DE IJUÍ - PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Farmácia de Medicamentos Especializados

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA
ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA
SOLICITAÇÃO DE **MEDICAMENTOS ESPECIAIS**

- ☐ Medicamento (s): _____
- ☐ Cópia dos documentos do USUÁRIO: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento, no caso de menores); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Cópia dos documentos do RESPONSÁVEL: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Receita médica **original**, adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples), atualizada, com assinatura e carimbo do médico com CRM legível e a prescrição do medicamento de acordo com a **Denominação Comum Brasileira-DCB**, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc...), posologia e duração do tratamento.
- ☐ Laudo/Relatório médico detalhado circunstanciado (quadro, evolução clínica, medicamentos já utilizados, com o tempo de uso, dose máxima atingida e efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado - CID).
- ☐ Cópia de exames comprobatórios do diagnóstico da doença (conforme PDCT): _____
- _____
- _____
- ☐ Formulário de cadastro de usuários.
- ☐ Peso e altura.
- ☐ Outros: _____

2



MUNICÍPIO DE IJUÍ - PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Farmácia de Medicamentos Especializados

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA
ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA
SOLICITAÇÃO DE **MEDICAMENTOS ESPECIAIS**

- ☐ Medicamento (s): _____
- ☐ Cópia dos documentos do USUÁRIO: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento, no caso de menores); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Cópia dos documentos do RESPONSÁVEL: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Receita médica **original**, adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples), atualizada, com assinatura e carimbo do médico com CRM legível e a prescrição do medicamento de acordo com a **Denominação Comum Brasileira-DCB**, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc...), posologia e duração do tratamento.
- ☐ Laudo/Relatório médico detalhado circunstanciado (quadro, evolução clínica, medicamentos já utilizados, com o tempo de uso, dose máxima atingida e efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado - CID).
- ☐ Cópia de exames comprobatórios do diagnóstico da doença (conforme PDCT): _____
- _____
- _____
- ☐ Formulário de cadastro de usuários.
- ☐ Peso e altura.
- ☐ Outros: _____

2



Sistema
Único
de Saúde

Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

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
1				
2				
3				
4				
5				

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*



Cadastro de Usuários

CPF	RG	UF	Cartão SUS
Nome do Usuário			
Endereço			
CEP	Município	UF	
Data de Nascimento	Sexo	Telefones	Celular
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Transplantado			
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
Data do Transplante	Orgão Transplantado		

Dados preenchidos pelo Médico Assistente

CPF do Médico Assistente

Início do tratamento	1ºCID Secundário	Nome do CID
	2ºCID Secundário	Nome do CID
	3ºCID Secundário	Nome do CID

Observação

Cadastro de Responsável

Nome do Responsável			
CPF	RG	UF	Data de Nascimento
Cartão SUS	Sexo		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
Endereço			
CEP	Pais	UF	
Município			
Telefones	Celular		
E-mail			

Local

Data

4

Assinatura do usuário ou representante



MUNICÍPIO DE IJUÍ - PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Farmácia de Medicamentos Especializados

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA
ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA
SOLICITAÇÃO DE **MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS**

- ☐ Medicamento (s): _____
- ☐ Cópia dos documentos do **USUÁRIO**: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento, no caso de menores); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Cópia dos documentos do **RESPONSÁVEL**: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Receita médica **original**, adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples), atualizada, com assinatura e carimbo do médico com CRM legível e a prescrição do medicamento de acordo com a **Denominação Comum Brasileira-DCB**, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc...), posologia e duração do tratamento.
- ☐ Laudo/Relatório médico detalhado circunstanciado (quadro, evolução clínica, medicamentos já utilizados, com o tempo de uso, dose máxima atingida e efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado - CID).
- ☐ Cópia de exames comprobatórios do diagnóstico da doença (conforme PDCT): _____

- ☐ LME - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento.
- ☐ Formulário de Cadastro de Usuários.
- ☐ Termo de esclarecimento e responsabilidade conforme PDCT.
- ☐ Peso e altura.
- ☐ Outros: _____

5



MUNICÍPIO DE IJUÍ - PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Farmácia de Medicamentos Especializados

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA
ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA
SOLICITAÇÃO DE **MEDICAMENTOS ESPECIALIZADOS**

- ☐ Medicamento (s): _____
- ☐ Cópia dos documentos do **USUÁRIO**: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento, no caso de menores); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Cópia dos documentos do **RESPONSÁVEL**: - Carteira de Identidade (ou Certidão de Nascimento); - CPF; - Cartão SUS; - Comprovante de residência.
- ☐ Receita médica **original**, adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples), atualizada, com assinatura e carimbo do médico com CRM legível e a prescrição do medicamento de acordo com a **Denominação Comum Brasileira-DCB**, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc...), posologia e duração do tratamento.
- ☐ Laudo/Relatório médico detalhado circunstanciado (quadro, evolução clínica, medicamentos já utilizados, com o tempo de uso, dose máxima atingida e efeitos apresentados, justificativa médica para o uso do medicamento solicitado - CID).
- ☐ Cópia de exames comprobatórios do diagnóstico da doença (conforme PDCT): _____

- ☐ LME - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento.
- ☐ Formulário de Cadastro de Usuários.
- ☐ Termo de esclarecimento e responsabilidade conforme PDCT.
- ☐ Peso e altura.
- ☐ Outros: _____

5



MUNICÍPIO DE IJUÍ - PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Farmácia de Medicamentos Especializados

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA
REAValiação DE TRATAMENTOS (Continuidade)

Cliente: _____

Mês do vencimento: _____

☐ Medicamento (s): _____

☐ Receita médica **original**, adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples), atualizada, com assinatura e carimbo do médico com CRM legível e a prescrição do medicamento de acordo com a **Denominação Comum Brasileira-DCB**, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc...), posologia e duração do tratamento.

☐ Laudo médico com o CID. _____

☐ LME - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento.

☐ Cópia de exames comprobatórios do diagnóstico da doença (conforme PDCT): _____

☐ Escala BPRS.

☐ Peso e altura:

☐ Medidas da pressão arterial.

☐ Outros: _____

6



MUNICÍPIO DE IJUÍ - PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Farmácia de Medicamentos Especializados

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA
REAValiação DE TRATAMENTOS (Continuidade)

Cliente: _____

Mês do vencimento: _____

☐ Medicamento (s): _____

☐ Receita médica **original**, adequada ao tipo de medicamento (controle especial, notificação de receita ou receituário simples), atualizada, com assinatura e carimbo do médico com CRM legível e a prescrição do medicamento de acordo com a **Denominação Comum Brasileira-DCB**, dose por unidade posológica (concentração), apresentação (comprimido, drágea, cápsula, xarope, spray, etc...), posologia e duração do tratamento.

☐ Laudo médico com o CID. _____

☐ LME - Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento.

☐ Cópia de exames comprobatórios do diagnóstico da doença (conforme PDCT): _____

☐ Escala BPRS.

☐ Peso e altura:

☐ Medidas da pressão arterial.

☐ Outros: _____

6



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REAVALIAÇÃO DE TRATAMENTOS (continuidade) E DE DIETAS ENTERAIS, FÓRMULAS INFANTIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS DA PORTARIA/SES/RS Nº 670/2010 (DOE - REPUBLICADA EM 31/12/2010):

<input type="checkbox"/>	Fórmula e complemento nutricional: _____	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">7</div>

<input type="checkbox"/>	Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (LFN) com CID: _____	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">7</div>
<input type="checkbox"/>	Outros: _____	



DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA REAVALIAÇÃO DE TRATAMENTOS (continuidade) E DE DIETAS ENTERAIS, FÓRMULAS INFANTIS E/OU SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS DA PORTARIA/SES/RS Nº 670/2010 (DOE - REPUBLICADA EM 31/12/2010):

<input type="checkbox"/>	Fórmula e complemento nutricional: _____	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">7</div>

<input type="checkbox"/>	Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais (LFN) com CID: _____	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">7</div>
<input type="checkbox"/>	Outros: _____	



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE FÓRMULAS NUTRICIONAIS - LFN
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome completo:

Sexo: () M () F

Data de nascimento: ____/____/____

CPF:

RG:

CNS:

Nome completo da Mãe ou responsável:

CPF:

RG:

CNS:

Endereço: (rua,nº,bairro)

Município de residência:

Telefone(s):

E-mail:

UF:

CEP:

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doença principal:

Outro (s) Diagnóstico (s):

CID

CID's:

Assinalar o agravo que justifica a indicação da terapia nutricional:

- () Afagia / Disfagia por alteração mecânica da deglutição ou trânsito digestivo
() Afagia / Disfagia por doença neurológica
() Transtorno de mobilidade intestinal

- () Síndrome de má absorção
() Desnutrição moderada a grave
() Outro: _____

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Peso (kg): _____ () atual () estimado Estatura (cm): _____ () atual () estimado IMC: _____

Laudo nutricional: _____

VIA DE ADMINISTRAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL

() VO

() TNE+VO

() TNE EXCLUSIVA

() TNE+TPP

Via de acesso

Sonda:

() Nasogástrica

() Nasoentérica

() Gastrostomia

() Jejunostomia

Descritivo da fórmula solicitada

Volume e fracionamento/dia

Total / Mês

IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Nome do estabelecimento:

Nome do profissional:

CNES:

CPF:

CRM/CRN

CNS:

Endereço: (rua,nº,bairro)

Município de residência:

Telefone(s):

E-mail:

UF:

CEP:

Data: ____/____/____

Assinatura e carimbo (Médico)

Assinatura e Carimbo (Nutricionista)

(casos de alergia à proteínas do leite de vaca - preencher também a folha 2)



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Folha 02

Campos para preenchimento em caso de Alergia às Proteínas do leite de vaca

Quadro clínico

Alergia Alimentar Classificação:

() IgE Mediada () Não IgE Mediada () Mista () Sem definição

Data do início do quadro: ____/____/____

Manifestações cutâneas:

() urticária () prurido () angioedema () dermatite () outros

Observações:

Manifestações gastrointestinais:

() dor abdominal () diarreia () constipação () vômitos/náuseas () refluxo

() Distensão abdominal () sangue nas fezes () outros

Observações:

Manifestações respiratórias:

() broncoespasmo () tosse () rinite () edema de laringe () outros

Observações:

Exames Complementares (atuais)

IgE específica *in vivo* (PRICK TEST)

() alfa-lactoalbumina () beta-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja

Data : ____/____/____

IgE específica *in vitro* (RAST)

() alfa-lactoalbumina () beta-lactoglobulina () caseína () leite de vaca () soja

Data : ____/____/____

Avaliação gastrointestinal:

() sangue oculto () alfa-1-antitripsina fecal () relação albumina/globulina

Data : ____/____/____

Anatomopatológico:

() estômago () esôfago () duodeno () reto

Data : ____/____/____

Prova de provocação oral / Teste de desencadeamento

() Sim , data ____/____/____ () Não