



## Formulário de Negativa de Fornecimento de Medicamento

Este formulário tem como finalidade formalizar a negativa de fornecimento de medicamento, conforme os critérios estabelecidos no Tema 1.235 do STF.

### 1. Dados do Paciente

- **Nome Completo:** \_\_\_\_\_
- **Cartão SUS:** \_\_\_\_\_
- **Número de Identidade ou CPF:** \_\_\_\_\_
- **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_
- **Endereço:** \_\_\_\_\_
- **Telefone para Contato:** \_\_\_\_\_
- **Email:** \_\_\_\_\_

### 2. Medicamento Solicitado

- **Nome do Medicamento:** \_\_\_\_\_
- **Dosagem:** \_\_\_\_\_
- **Quantidade Solicitada:** \_\_\_\_\_
- **Data da Solicitação:** \_\_\_\_\_
- **Médico/CRM:** \_\_\_\_\_

### 3. Histórico Clínico:

**Diagnóstico Médico:** \_\_\_\_\_

**CID-10:** \_\_\_\_\_

### 3. Justificativa da Negativa de Fornecimento

A negativa de fornecimento de medicamentos está sendo realizada com base nos seguintes critérios:

#### I. Não incorporação ou não previsão em listas oficiais:

- O medicamento solicitado não foi incorporado pela CONITEC.
- O medicamento não está previsto nas listas de dispensação do SUS (RENAME, RESME, PCDTs, etc.).
- Não se aplica.
- **Justificativa adicional:** \_\_\_\_\_

#### II. Registro e Aprovação do Medicamento:

- O medicamento não possui registro na ANVISA.
- O medicamento é off-label (não autorizado para a indicação prescrita).
- O medicamento não está contemplado em PCDTs específicos, conforme análise administrativa ou judicial, em conformidade com o Tema 1.234 do STF.
- Não se aplica.
- **Justificativa adicional:** \_\_\_\_\_



### III. Impossibilidade de Substituição:

- Não é possível substituir o medicamento solicitado por outro disponível nas listas do SUS.
- O medicamento solicitado não está em conformidade com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS.
- Não se aplica.
- **Justificativa adicional:** \_\_\_\_\_

### IV. Situação no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF):

- O paciente não está cadastrado no CEAF.
- O medicamento está incorporado, mas o paciente ainda precisa aguardar o cumprimento dos prazos relativos à programação e execução do CEAF.
- Não se aplica.
- **Justificativa adicional:** \_\_\_\_\_

### V. Indisponibilidade do Medicamento:

- O medicamento está indisponível e o processo de aquisição está em andamento.
- O medicamento está previsto no Componente Básico da Assistência Farmacêutica deverá procurar a Secretária Municipal de Saúde ou Unidade de Saúde responsável pelo fornecimento de medicamento.
- O medicamento está previsto no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica deverá procurar a Secretária Municipal de Saúde ou Unidade de Saúde responsável pelo fornecimento de medicamento.
- Não se aplica.
- **Justificativa adicional:** \_\_\_\_\_

### 4. Informações ao Paciente

- O paciente (**nome completo**) foi informado sobre a negativa e o andamento do processo de aquisição do medicamento, caso aplicável, conforme os critérios estabelecidos.

**Data de Comunicação:** \_\_\_\_\_

**Responsável pela Comunicação:** \_\_\_\_\_

### 5. Assinaturas

#### Responsável pela Negativa:

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

#### Paciente ou Responsável (se aplicável):

Nome: \_\_\_\_\_



Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

## 6. Observações Adicionais

---

---

---

---

---

---