



**PROTOCOLO DE SOLICITAÇÃO DE NEGATIVA DE FORNECIMENTO DE
MEDICAMENTO - SUS
(Para preenchimento pelo usuário)**

FINALIDADE:

Este protocolo tem como objetivo formalizar a solicitação para negativa de fornecimento de medicamento pelo SUS, com base no Tema 1.235 do Supremo Tribunal Federal (STF), que regula a obrigatoriedade do fornecimento de medicamentos de alto custo ou de eficácia comprovada, quando solicitado pelo usuário do sistema de saúde.

1. Dados do Usuário:

- **Nome completo:** _____
- **Data de nascimento:** _____
- **CPF:** _____
- **Número do Cartão SUS:** _____
- **Endereço completo:** _____
- **Telefone para contato:** _____
- **E-mail (se disponível):** _____

2. Informações sobre o Medicamento Solicitado:

- **Nome do medicamento solicitado:** _____
- **Forma farmacêutica (ex.: comprimido, solução oral, injeção, etc.):** _____
- **Dosagem:** _____
- **Quantidade necessária:** _____

3. Histórico Clínico:

- **Diagnóstico médico:** _____
- **Data do diagnóstico:** _____
- **Descrição do quadro clínico (se necessário, anexe relatórios médicos, exames ou laudos):**

4. Solicitação de Negativa:

Por meio deste, solicito a **negação do fornecimento** do medicamento pelo SUS, com base nos seguintes motivos (marque a alternativa que se aplica):

- **Medicamento não registrado na ANVISA**
- **Medicamento não indicado para o tratamento da minha condição, conforme parecer técnico**



- **Existem alternativas terapêuticas mais eficazes ou mais acessíveis disponíveis**
 - **Medicamento solicitado não consta nas políticas públicas de saúde do município/estado**
 - **Outro motivo (especificar):** _____
-

5. Documentos Anexados:

- Prescrição médica detalhada (obrigatória).
- Laudos médicos ou exames que comprovem a necessidade do medicamento.
- Relatório ou parecer técnico, se necessário.
- Outros documentos relevantes: _____

6. Declaração do Usuário:

Declaro, para os devidos fins, que as informações prestadas neste formulário são verídicas, e que o medicamento solicitado não está sendo fornecido pelo SUS ou não está disponível no sistema público de saúde, conforme as condições especificadas neste protocolo.

Assinatura do solicitante: _____

Data: _____

7. Dados do Responsável (Caso o solicitante seja incapaz):

- **Nome completo do responsável:** _____
- **CPF:** _____
- **Telefone para contato:** _____
- **Parentesco com o paciente:** _____