

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA ACESSO A MEDICAMENTO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO OU DO PROTOCOLO ESTADUAL

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicação
de Alto Custo
Juarez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



Atualizado em 20/02/2026.

DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA (DPOC)

PORTARIA CONJUNTA Nº 29, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025 ([Protocolo na íntegra](#))

PORTARIA ESTADUAL Nº 217, DE 16 DE MARÇO DE 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

INFORMAÇÕES GERAIS

CID 10 Contemplados

J44.0 — Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior.

J44.1 — Doença pulmonar obstrutiva crônica rônica com exacerbação aguda não especificada.

J44.8 — Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica.

Medicamentos Disponibilizados e CID 10 Contemplados:

Descrição	CID's autorizados	Grupo de financiamento
Budesonida 400mcg (cápsula inalante)	J44.0 J44.1 J44.8	Grupo 2 – Aquisição e financiamento pelo estado de Goiás
Brometo de Umeclidínio 62,5mcg (pó inalatório)	J44.0 J44.1 J44.8	Medicamento de Protocolo Estadual – Aquisição pelo estado de Goiás com recurso próprio.
Brometo de Tiotrópio 2,5mcg + Oladaterol 2,5mcg (solução para inalação)	J44.0 J44.1 J44.8	Grupo 1B – Aquisição pelo estado de Goiás com transferência de recurso do Ministério da Saúde
Brometo de Umeclidínio 62,5mg + Vilanterol 25mg (pó inalatório)	J44.0 J44.1 J44.8	Grupo 1B – Aquisição pelo estado de Goiás com transferência de recurso do Ministério da Saúde
Brometo de Glicopirrônio 12,5mcg + Formoterol 6mcg + Beclometasona 100mcg (solução para inalação oral)	J44.0 J44.1 J44.8	Grupo 1B – Aquisição pelo estado de Goiás com transferência de recurso do Ministério da Saúde
Brometo de Umeclidínio 62,5mcg + Vilanterol 25mcg + Fluticasona 100mcg (pó inalatório)	J44.0 J44.1 J44.8	Grupo 1B – Aquisição pelo estado de Goiás com transferência de recurso do Ministério da Saúde
Formoterol 12mcg (cápsula ou pó para inalação)	J44.0 J44.1 J44.8	Grupo 2 – Aquisição e financiamento pelo estado de Goiás
Formoterol 6 mcg + Budesonida 200mcg Formoterol 12mcg + Budesonida 400mcg (cápsula ou pó para inalação)	J44.0 J44.1 J44.8	Grupo 2 – Aquisição e financiamento pelo estado de Goiás
Salmeterol 25mcg + Fluticasona 125mcg (supensão propelente)	J44.0 J44.1 J44.8	Medicamento de Protocolo Estadual – Aquisição pelo estado de Goiás com recurso próprio.

Especialidade médica: Deve ser prescrito por médico que possua Registro de Qualificação de Especialista em Pneumologia.

*Medicamento Formoterol não há exigência expressa de prescrição por pneumologista desde que o paciente seja classificado no Grupo A da classificação ABE do GOLD (Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica).

*Renovações sem alterações não há exigência de especialidade para preenchimento da documentação.

Observações gerais: Serão incluídos neste Protocolo pacientes com idade igual ou superior a **18 anos** e com diagnósticos clínico e funcional de DPOC.

Os medicamentos Brometo de umeclidínio e Salmeterol + Fluticasona estão disponíveis apenas via Protocolo Estadual, contemplando pacientes com idade igual ou superior a 40 anos com o diagnóstico de DPOC grave (grau III) e muito grave (grau IV), e só serão fornecidos para pacientes residentes e/ou domiciliados no Estado de Goiás, mediante comprovação documental e visita domiciliar, sem agendamento, caso necessário.

- Caso o comprovante de endereço não esteja no nome do requerente, o proprietário e/ou locatário do imóvel deverá emitir uma declaração, devidamente assinada, cientificando que o requerente (paciente) reside naquele local. A assinatura do declarante deverá ter firma reconhecida em cartório.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO

1º Solicitação – Abertura de processo:

1 – Documentos pessoais a serem apresentados:

- Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto ou Certidão de Nascimento);
- Cadastro de Pessoa Física (CPF);
- Cartão Nacional de Saúde (CNS – cartão SUS);
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone) atualizado (*últimos 3 meses*);

2 – Documentos a serem emitidos pelo médico:

- **LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica)** ([Acesse aqui LME de preenchimento manual](#)) ([Acesse aqui LME de preenchimento eletrônico](#)) : adequadamente preenchido conforme orientações disponíveis no site da Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC) ([Clique aqui para acessar](#)).
 - A LME possui validade de 90 (noventa) dias a contar da data de preenchimento pelo Médico solicitante.
 - Cada LME poderá conter, no máximo, 6 (seis) medicamentos para a mesma doença (condição clínica). Caso seja necessário outra LME deverá ser preenchida com os demais medicamentos para o mesmo CID-10.
 - Para cada doença (condição clínica), definida de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), haverá a necessidade de preenchimento de um LME;
 - O Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante (campo 15) deverá obrigatoriamente estar vinculado ao Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES
 - O CNES refere-se ao código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).
- **Prescrição Médica:** O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum

Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal nº 9.787 de 10/02/1999. Todas as prescrições médicas (originais) devem ser apresentadas no ato da dispensação do(s) medicamento(s).

- **PRESCRIÇÃO MÉDICA COMUM** (sem controle especial): **validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão.**
- **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade:** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Atenção: esse **documento é assinado pelo paciente (ou responsável legal) e pelo médico.** O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente.
- **Fomulário preenchido por um médico** que possua Registro de Qualificação de Especialista em Pneumologia (exceto para solicitação de Formoterol que pode ser prescrito por médico generalista) (Anexo I).

3 – Exames a serem apresentados

- Exame completo (demonstração espirométrica de distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo, com o resultado de VEF1/CVF pós-broncodilatador) com o **Laudo de Espirometria** devidamente datado e assinado. (Validade máxima de 180 dias).
- Laudo de Radiografia do Tórax, na incidências PA e Perfil OU Laudo da Tomografia computadorizada do Tórax: **necessário somente nas situações em que a espirometria não está disponível ou não pode ser realizada pelo paciente.** (Validade máxima de 180 dias);
- Laudo do exame de Hemograma (validade máxima de 90 dias);

*O Laudo Laboratorial deve ser datado e conter assinatura legalmente válida, pelo responsável técnico, conforme a resolução RDC nº 786/2023 (ANVISA/MS). Posteriormente, OUTROS exames complementares poderão ser exigidos por esta Unidade de Saúde, para que a avaliação dessa solicitação seja concluída.

Solicitações subsequentes

Renovação de processo (a cada 6 meses): deve ser incluído na renovação do processo a cada 6 meses os documentos abaixo relacionados.

1– Documentos a serem emitidos pelo médico:

- **LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica);**
- **Prescrição Médica:** PRESCRIÇÃO MÉDICA COMUM (sem controle especial): **validade máxima de 180 dias corridos a contar da data da emissão.**

2 – Exames a serem apresentados quando solicitados:

- Não há necessidade de apresentação de exame para monitoramento.

ORIENTAÇÕES PARA ABERTURA DO PROCESSO

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve acessar o site Expresso Goiás ([Clique aqui para acessar](#)) para solicitar a Abertura de Processo ou Alteração e/ou Inclusão de Medicamento.

Caso o paciente não tenha acesso a internet, o mesmo pode se dirigir a uma das unidades da Central Estadual de Medicação de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC): Goiânia ou Anápolis; ou a uma das Policlínicas do Estado (Goianésia, São Luís de Montes Belos, Goiás, Quirinópolis, Posse e Formosa).

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável também através do site acessando a aba: Solicitar Cadastro de Pessoas Autorizadas.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

I [Declaração autorizadora](#);

II Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;

III Número de telefone do representante.

O paciente pode acompanhar o andamento do seu processo através do mesmo site acessando o campo "Consultar Andamento do Processo"

ANEXO I – Formulário para inclusão e acompanhamento de tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva (DPOC)

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicação
de Alto Custo
Jurez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



- Nome do(a) paciente: _____.
- Idade: _____.
- Medicamento solicitado:

LABA (monoterapia)	LAMA + LABA (Terapia Dupla)	CI + LAMA + LABA (Terapia Tripla Fechada)	LABA + CI	LAMA (monoterapia)	CI (associado à Terapia Dupla para compor Terapia Tripla Aberta)
() Formoterol 12 mcg	() Umeclidínio + vilanterol () Tiotrópio + olodaterol	() Fluticasona + umeclidínio + vilanterol () Beclometasona + glicopirrônio + formoterol	() Salmeterol + Fluticasona	() Umeclidínio 62,5 mcg	() Budesonida 200 mcg () Budesonida 400 mcg

Nota: LABA: beta-agonista de longa ação; LAMA: antagonista muscarínico de longa ação; CI: corticoide inalatório

- Tabagista: () Atual. () Progresso. () Outro fator de risco: _____.

- Critérios de diagnóstico:

- Apresenta diagnóstico concomitante de asma?

() Não () Sim (Se sim, paciente deverá ser tratado conforme o PCDT de Asma)

- Espirometria:

VEF1/CVF pós-broncodilatador: _____

VEF1 pós-broncodilatador: _____ %

- Classificação da gravidade da DPOC

() GOLD 1 – obstrução leve (VEF1 ≥ 80% do previsto)

() GOLD 2 – obstrução moderada (50% ≤ VEF1 < 80% do previsto)

() GOLD 3 – obstrução grave (30% ≤ VEF1 < 50% do previsto)

() GOLD 4 – obstrução muito grave (VEF1 < 30% do previsto)

- Sintomas Respiratórios Crônicos e Exposição a Fatores de Risco

() Tosse crônica

() Expectoração

() Sibilância

() Dispneia

() Respiração ofegante

() Sensação de dor torácica

() Tabagismo ativo ou passivo

() Exposição ocupacional / ambiental

() Outros: _____

- Escala de Dispneia Modificada (Medical Research Council – mMRC) ou Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test - CAT)

- Escala de Dispneia Modificada (Medical Research Council – mMRC)

Escala de dispneia do Medical Research Council (mMRC) modificada	
Certifique-se de selecionar apenas a alternativa que melhor representa o estado atual	
()	Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso (0)
()	Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira. (1)
()	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade. (2)
()	Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no terreno plano. (3)
()	Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho. (4)

- Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test - CAT)

			PONTUAÇÃO
Nunca tenho tosse	0 1 2 3 4 5	Estou sempre a tossir	<input type="checkbox"/>
Não tenho nenhuma expectoração (catarro) no peito	0 1 2 3 4 5	O meu peito está cheio de expectoração (catarro)	<input type="checkbox"/>
Não sinto nenhum aperto no peito	0 1 2 3 4 5	Sinto um grande aperto no peito	<input type="checkbox"/>
Não sinto falta de ar ao subir uma ladeira ou um lance de escadas	0 1 2 3 4 5	Quando subo uma ladeira ou um lance de escadas sinto bastante falta de ar	<input type="checkbox"/>
Não sinto nenhuma limitação nas minhas actividades em casa	0 1 2 3 4 5	Sinto-me muito limitado nas minhas actividades em casa	<input type="checkbox"/>
Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar	0 1 2 3 4 5	Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar	<input type="checkbox"/>
Durmo bem /profundamente	0 1 2 3 4 5	Não durmo bem /profundamente devido à minha doença pulmonar	<input type="checkbox"/>
Tenho muita energia	0 1 2 3 4 5	Não tenho nenhuma energia	<input type="checkbox"/>
PONTUAÇÃO TOTAL			<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

7. Classificação de risco da DPOC:

- () GRUPO A – Grupo de baixo risco (mMRC entre 0 e 1 e/ou CAT <10)
 () GRUPO B – Grupo de baixo risco (mMRC ≥ 2 e/ou CAT ≥ 10)
 () GRUPO E – Grupo de alto risco (uma ou mais exacerbações graves OU duas ou mais exacerbações moderadas nos últimos 12 meses, independente do grau de dispneia)

8. Outras informações pertinentes em relação à evolução da doença (exacerbações/ataques de pulmão, hospitalizações, dentre outros) e uso do(s) medicamento(s) (efeitos colaterais, adesão, uso do dispositivo, dentre outros):

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e carimbo do médico solicitante

*Ao assinar este formulário assumo que todas as informações prestadas refletem a situação atual do paciente.

TERMO DE ESCLARECIMENTO E

RESPONSABILIDADE – BROMETO DE IPRATRÓPIO, BROMETO DE TIOTRÓPIO MONOIDRATADO + CLORIDRATO DE OLODATEROL, BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL, BROMETO DE UMECLIDÍNIO, SALMETEROL + FLUTICASONA, BROMIDRATO DE FENOTEROL, BUDESONIDA,

CEMAC JB
Centro Estadual
de Medicação
de Alto Custo
Juarez Barbosa

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA + FUMARATO DE FORMOTEROL DI-HIDRATADO + BROMETO DE GLICOPIRRÔNIO, DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA, FUMARATO DE FORMOTEROL, FUMARATO DE FORMOTEROL + BUDESONIDA, FUROATO DE FLUTICASONA + BROMETO DE UMECLIDÍNIO + TRIFENATATO DE VILANTEROL, FOSFATO SÓDICO DE PREDNISOLONA, PREDNISONA, SUCCINATO SÓDICO DE HIDROCORTISONA, SULFATO DE SALBUTAMOL

Eu, _____ nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de **brometo de ipratrópio, brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol, brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol, bromidrato de fenoterol, budesonida, dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio, dipropionato de beclometasona, fumarato de formoterol, fumarato de formoterol + budesonida, furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol, fosfato sódico de prednisolona, prednisona, succinato sódico de hidrocortisona, sulfato de salbutamol, brometo de umeclidínio, salmeterol + fluticasona** indicada para o tratamento de doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) _____

(a) médico(a) que prescreve). _____ (nome do

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- diminuição das internações hospitalares;
- diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença;
- melhora da condição de saúde; e
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos:

- **budesonida, prednisona, bromidrato de fenoterol e brometo de ipratrópio** são classificados na gestação como categoria B de risco;
- **succinato sódico de hidrocortisona, fosfato sódico de prednisolona, brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol, dipropionato de beclometasona, fumarato de formoterol, sulfato de salbutamol, fumarato de formoterol + budesonida, brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol, dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio, furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol** são classificados na gestação como categoria C de risco;
- **eventos adversos mais comuns da budesonida:** palpitações, síncope, taquicardia, hipocalemia, ganho de peso, náusea, equimose, leucocitose, artralgia e mialgia, dor de cabeça, doença infecciosa, doença viral, otite média, disfonía, infecção do trato respiratório, sinusite, febre, dor e boca seca;
- **eventos adversos mais comuns do dipropionato de beclometasona:** laringite, faringite, candidíase oral, náusea e dispepsia;
- **eventos adversos mais comuns do fumarato de formoterol, bromidrato de fenoterol, fumarato de formoterol + budesonida e sulfato de salbutamol:** dor de cabeça, tremor, palpitações e tosse;
- **eventos adversos da prednisona, fosfato sódico de prednisolona e succinato sódico de hidrocortisona:** retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, osteoporose, problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação, manifestação de diabetes melito, mascaramento de infecções, ativação de infecções latentes, infecções oportunistas e supressão da reação a testes cutâneos;
- **eventos adversos mais comuns do brometo de ipratrópio:** cefaleia, tontura, irritação na garganta, tosse, boca seca, náusea e distúrbios da motilidade gastrointestinal;
- **eventos adversos mais comuns do brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol:** boca seca (geralmente leve), tontura, taquicardia, tosse e disfonía;
- **eventos adversos mais comuns do brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol:** nasofaringite, pneumonia, infecção do trato respiratório superior, bronquite, faringite, rinite, sinusite, gripe, candidíase oral e de faringe, infecção do trato urinário, infecção viral do trato respiratório, cefaleia, tosse, dor orofaríngea, disfonía, artralgia, dor-salgia, constipação;

- **eventos adversos mais comuns do dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio:** pneumonia, faringite, candidíase oral, infecção do trato urinário, nasofaringite, dor de cabeça e disfonia;
- **eventos adversos mais comuns do furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol:** infecção do trato urinário, sinusite, nasofaringite, faringite, infecção do trato respiratório superior, tosse, dor orofaríngea, constipação, boca seca e dor torácica;
- **eventos adversos mais comuns do brometo de umeclidínio:** boca seca, tosse, cefaleia, infecção do trato urinário, constipação;
- **eventos adversos mais comuns do salmeterol + fluticasona:** rouquidão, tosse, tremor, cefaleia, palpitações;
- Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistência do uso do medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- () brometo de ipratrópio
- () brometo de umeclidínio
- () brometo de tiotrópio monoidratado + cloridrato de olodaterol
- () brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol
- () bromidrato de fenoterol
- () budesonida
- () dipropionato de beclometasona + fumarato de formoterol di-hidratado + brometo de glicopirrônio
- () dipropionato de beclometasona
- () fumarato de formoterol
- () fumarato de formoterol + budesonida
- () furoato de fluticasona + brometo de umeclidínio + trifenatato de vilanterol
- () fosfato sódico de prednisolona
- () prednisona
- () salmeterol + fluticasona
- () succinato sódico de hidrocortisona
- () sulfato de salbutamol

Local:		Data:
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<hr/> Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável (nome por extenso):		
Número do CRM:	UF:	
<hr/> Assinatura e carimbo do médico	Data:	
Observação: - Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal. - Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.		

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	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

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

NÃO SIM. Relatar: _____

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* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____