

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO DE OSTEOPOROSE

### Ato administrativo:

Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 22, DE 22 de outubro de 2025.



### MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS POR CID

	CONCENTRAÇÕES	FORMA FARMACÊUTICA	GRUPO E ORGANIZAÇÃO	CID
ÁCIDO ZOLEDRÔNICO	0,05 MG/ML	FRASCO DE 100 ML	GRUPO 2	M80.0, M80.1, M80.2, M80.3, M80.4, M80.5, M80.8, M81.0, M81.1, M81.2, M81.3, M81.4, M81.5, M81.6, M81.8, M82.0, M82.1, M82.8
CALCITONINA	200 UI/DOSE	SPRAY NASAL – FRASCO	GRUPO 2	e M85.8
CALCITRIOL	0,25 MCG/ML	CÁPSULA	GRUPO 2	
RALOXIFENO	60 MG	COMPRIMIDO	GRUPO 2	
ROMOSOZUMABE	90 MG/ML	SOLUÇÃO INJETÁVEL - SERINGA PREENCHIDA DE 1,17 ML	GRUPO 1A	

### DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA



- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME) (VALIDADE DE 90 DIAS);
- PRESCRIÇÃO MÉDICA (VALIDADE DE 90 DIAS);

**OBSERVAÇÃO:** O LAUDO MÉDICO, A PRESCRIÇÃO MÉDICA E O LME DEVEM SER ORIUNDOS DO **MESMO** ESTABELECIMENTO DE SAÚDE.

- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (VALIDADE DE 90 DIAS);
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (NO CASO DE ASSINATURA POR RESPONSÁVEL APRESENTAR IDENTIDADE E CPF DO MESMO);

PARA A ABERTURA DE PROCESSO OU RETIRADA DE MEDICAMENTOS POR UM PROCURADOR, ESTE DEVE APRESENTAR, **ALÉM DE TODA A**

**DOCUMENTAÇÃO JÁ MENCIONADA**, OS SEGUINTEIS ITENS:

- DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS (MODELO EM ANEXO).
- CÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E CPF DO PROCURADOR.
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (COM VALIDADE DE 90 DIAS) OU AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (MODELO EM ANEXO).

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES



A AUSÊNCIA DE INFORMAÇÕES ESSENCIAIS NO LAUDO MÉDICO OU O PREENCHIMENTO INCOMPLETO DO QUESTIONÁRIO FACULTATIVO PODE RESULTAR EM EXIGÊNCIAS ADICIONAIS, DIFICULTANDO O ACESSO DO(A) PACIENTE AO TRATAMENTO SOLICITADO. PORTANTO, É FUNDAMENTAL QUE O LAUDO MÉDICO CONTENHA **TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS**, CONFORME AS ORIENTAÇÕES ABAIXO. CASO OPTE PELA UTILIZAÇÃO DO QUESTIONÁRIO FACULTATIVO, É FUNDAMENTAL QUE ESSE SEJA **TOTALMENTE RESPONDIDO**.

### LAUDO

- LAUDO MÉDICO DESCREVENDO:
    - I) FRATURAS:
      - A) HISTÓRICO PESSOAL DE FRATURAS, COM ÊNFASE NA(S) OCORRÊNCIA(S) DOS ÚLTIMOS 12 MESES;
      - B) ESTIMATIVA DE RISCO DE FRATURA PELO FRAX®, INCLUINDO VALOR NUMÉRICO E INTERPRETAÇÃO EM RELAÇÃO AO LIMAR DE INTERVENÇÃO (CASO CONSIDERE NECESSÁRIO).
    - II) TRATAMENTO FARMACOLÓGICO:
      - A) MEDICAMENTO(S) PREVIAMENTE UTILIZADO(S) NO MANEJO DA OSTEOPOROSE;
      - B) EVENTUAIS FALHAS TERAPÊUTICAS;
      - C) INTOLERÂNCIA, CONTRAINDICAÇÕES OU EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AOS MEDICAMENTOS INCLUÍDOS NO PCDT DA OSTEOPOROSE.
- OU**
- APRESENTAÇÃO DO QUESTIONÁRIO (FACULTATIVO) PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE.



**PARA TODOS OS MEDICAMENTOS**

CÓPIA DO LAUDO RADIOLÓGICO DA REGIÃO COM FRATURA (QUALQUER DATA);

**OU**

CÓPIA DO LAUDO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA COM O VALOR DO T-SCORE (QUALQUER DATA);

CÓPIA DO EXAME DE CREATININA SÉRICA (VAL.: 90 DIAS). **EXCETO PARA CALCITRIOL**

**PARA ROMOSUZUMABE**

CÓPIA DO LAUDO RADIOLÓGICO DA REGIÃO COM FRATURA (QUALQUER DATA);

**E**

CÓPIA DO LAUDO DE DENSITOMETRIA ÓSSEA COM O VALOR DO T-SCORE (QUALQUER DATA);

CÓPIA DO EXAME DE CREATININA SÉRICA (VAL.: 90 DIAS).

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES****ATENÇÃO ÀS INFORMAÇÕES PRESENTES NAS NOTAS ABAIXO:****NOTA 1: ROMOSUZUMABE**

O USO DO MEDICAMENTO ROMOSUZUMABE É DESTINADO PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO, NO PERÍODO PÓS-MENOPAUSA COM OSTEOPOROSE GRAVE E QUE APRESENTEM FALHA TERAPÊUTICA AOS TRATAMENTOS ANTERIORES.

**NOTA 2: RALOXIFENO**

O MEDICAMENTO RALOXIFENO É PRECONIZADO PARA PACIENTES NO PERÍODO PÓS-MENOPAUSA.

**OUTROS EXAMES E DOCUMENTOS**

A ENTREGA DOS EXAMES/DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.

**INFORMAÇÕES ADICIONAIS NO LAUDO MÉDICO:**

- HISTÓRICO FAMILIAR DE FRATURAS;
- USO DE MEDICAMENTOS QUE INFLUENCIAM O METABOLISMO ÓSSEO, ESPECIFICANDO A DOSE E A DURAÇÃO DE CADA TRATAMENTO;
- COMORBIDADES ASSOCIADAS (CASO EXISTAM E SEJAM CONSIDERADAS PERTINENTES AO QUADRO CLÍNICO);
- CAUSAS SECUNDÁRIAS DE OSTEOPOROSE IDENTIFICADAS.

**EXAMES:**

- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE CÁLCIO URINÁRIO DE 24 HORAS (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM SÉRICA DE CÁLCIO (VAL.: 30 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM SÉRICA DE FÓSFORO (VAL.: 30 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE FOSFATASE ALCALINA (VAL.: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE PARATORMÔNIO (PTH) (VAL.: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME 25-HIDROXIVITAMINA D (25 OHD) (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE CREATININA SÉRICA (VAL.: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALBUMINA SÉRICA (VAL.: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HORMONIO ESTIMULANTE DA TIROIDE (TSH) (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TETRAIODOTIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) (VAL.: 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA (VAL.: 90 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS) (VAL.: 180 DIAS).



**QUESTIONÁRIO PARA INCLUSÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSE (FACULTATIVO)**

1. NOME DO(A) PACIENTE:

\_\_\_\_\_

2. IDADE:

\_\_\_\_\_

3. SEXO:

FEMININO

MASCULINO

4. PARA PACIENTES DO SEXO FEMININO, MARQUE A OPÇÃO CORRESPONDENTE ABAIXO:

PRÉ-MENOPAUSA     MENOPAUSA     PÓS-MENOPAUSA

5. RISCO DE FRATURA PELO FRAX®?

NÃO

SIM

→ INFORMAR RISCO ESTIMADO: \_\_\_\_\_

6. MARQUE A OPÇÃO QUE MELHOR SE APLICA AO(À) PACIENTE E, NOS CASOS DE RISCO ALTO OU MUITO ALTO, ASSINALE OS FATORES CORRESPONDENTES, CONFORME AS CATEGORIAS DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE FRATURA INDICADAS ABAIXO:

**Risco**

**Fatores**

( ) **Baixo a Moderado**    Paciente sem diagnóstico de osteoporose (T-score maior que -2,5 DP), baixo risco de fratura no FRAX® e sem fraturas prévias.

( ) **Alto\*1**     T-score igual ou inferior a -2,5 DP  
**ou**  
 T-score entre -1,0 e 2,49 DP e alto risco de fratura no FRAX®  
**ou**  
 Fratura prévia

\*1: Ao marcar essa opção, selecione o fator correspondente

( ) **Muito alto\*2**     Fratura nos últimos 12 meses     Muito alto risco de fratura no FRAX®; **ou**  
 Múltiplas fraturas **ou**     Risco de queda aumentado  
 Fraturas durante o tratamento; **ou**  
 Fraturas em uso de medicamento que altera o metabolismo ósseo; **ou**  
 T-score inferior a -3,0 DP

\*2: Ao marcar essa opção, selecione, ao menos, um fator de risco correspondente

Quadro 1 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. Kanis, 2020; Schoback, 2020; Eastell, 2019; e Camacho, 2020.

DP: desvio padrão

7. CASO O(A) PACIENTE APRESENTE HISTÓRICO DE FRATURA POR FRAGILIDADE, PREENCHA CORRETAMENTE A LOCALIZAÇÃO DA LESÃO E A(S) RESPECTIVA(S) DATA(S) DE OCORRÊNCIA (MÊS E ANO):

( ) QUADRIL

( ) FÊMUR

( ) ANTEBRAÇO

( ) ÚMERO

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) COLUNA

( ) COSTELAS

( ) OUTRA LOCALIZAÇÃO

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

local: \_\_\_\_\_ fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

local: \_\_\_\_\_ fratura em \_\_\_\_/\_\_\_\_

**CASOS ESPECIAIS**

**8. CASO O(A) PACIENTE SE ENQUADRE EM UMA DAS SITUAÇÕES ESPECIAIS PREVISTAS NO PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DA OSTEOPOROSE, SELECIONE ABAIXO A OPÇÃO CORRESPONDENTE (EM I, II OU III) E MARQUE OS CRITÉRIOS ESPECÍFICOS RELACIONADOS AO CASO:**

**I) USO PROLONGADO DE GLICOCORTICÓIDES**

TRATAMENTO COM PREDNISONA EM DOSE IGUAL OU SUPERIOR A 5 MG/DIA (OU DOSE EQUIVALENTE DE OUTRO GLICOCORTICOIDE), POR PERÍODO SUPERIOR A 3 MESES.

- ( ) FRATURA OSTEOPORÓTICA PRÉVIA
- ( ) T-SCORE  $\leq$  -2 NA COLUNA OU NO QUADRIL
- ( ) PROBABILIDADE DE FRATURA PELO FRAX® ACIMA DO LIMAR DE INTERVENÇÃO

**II) TERAPIA DE PRIVAÇÃO ANDROGÊNICA NO CARCINOMA DE PRÓSTATA**

TRATAMENTO COM  AGONISTA OU ANTAGONISTA DE GNRH **OU**  TERAPIA ANTIANDROGÊNICA

- ( ) FRATURA OSTEOPORÓTICA PRÉVIA
- ( ) T-SCORE  $\leq$  -2 NA COLUNA OU NO QUADRIL
- ( ) PROBABILIDADE DE FRATURA PELO FRAX® ACIMA DO LIMAR DE INTERVENÇÃO

**III) TERAPIA COM INIBIDORES DE AROMATASE NO CARCINOMA DE MAMA**

( ) REDUÇÃO ANUAL DA DMO EM 5 A 10% APÓS INÍCIO DA TERAPIA

( ) T-SCORE  $\leq$  -2 NA COLUNA OU NO QUADRIL

- ( ) T-SCORE  $\geq$  -2 (INDICAR, AO MENOS, 2 FATORES DE RISCO):
- T-SCORE  $<$  -1,5
  - USO DE GLICOCORTICÓIDES POR MAIS DE 6 MESES
  - IDADE  $>$  65 ANOS
  - HISTÓRIA FAMILIAR DE FRATURA NO QUADRIL
  - IMC  $<$  20 KG/M<sup>2</sup>
  - HISTÓRIA PESSOAL DE FRATURA POR FRAGILIDADE
  - TABAGISMO



**TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PRÉVIO**

**9. MARQUE OS MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS PELO(A) PACIENTE E PREENCHA AS INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO SEU USO (FALHA TERAPÊUTICA, INTOLERÂNCIA, CONTRAINDICAÇÃO, EVENTOS ADVERSOS E DURAÇÃO DO TRATAMENTO). EM CASOS DE CONTRAINDICAÇÃO, SELECIONE OU DESCREVA O MOTIVO DA CONTRAINDICAÇÃO AO USO DO MEDICAMENTO.**

**REPOSIÇÃO DE NUTRIENTES**

( ) CÁLCIO ( ) VITAMINA D

NÃO SIM

Falha terapêutica?\*

Intolerância, contraindicação ou outros eventos adversos?

Duração do tratamento: \_\_\_\_\_

RELATAR: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**BISFOSFONATOS**

ORAIS: ( ) ALENDRONATO SÓDICO ( ) RISEDRONATO SÓDICO

NÃO SIM

Falha terapêutica?\*

Intolerância, contraindicação ou outros eventos adversos?

Duração do tratamento: \_\_\_\_\_

RELATAR: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**INTRAVENOSOS: ( ) ÁCIDO ZOLEDRÔNICO ( ) PAMIDRONATO**

NÃO SIM

Falha terapêutica?\*

Intolerância, contraindicação ou outros eventos adversos?

Duração do tratamento: \_\_\_\_\_

Osteonecrose mandibular  Fraturas atípicas

Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) RALOXIFENO

NÃO SIM

Falha terapêutica?\*

Intolerância, contraindicação ou outros eventos adversos?

Duração do tratamento: \_\_\_\_\_

Moderado/alto risco de eventos tromboembólicos

Uso de estrógenos

Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

( ) **ESTRÓGENOS CONJUGADOS**

	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	
Falha terapêutica?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/> Dificuldade de deglutição por estenose ou acalasia <input type="radio"/> Outros eventos adversos gastrointestinais <input type="radio"/> Osteonecrose mandibular <input type="radio"/> Fraturas atípicas <input type="radio"/> Insuficiência renal crônica <input type="radio"/> Outros: _____ _____
Intolerância, contraindicação ou outros eventos adversos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Duração do tratamento: _____ _____			

( ) **ROMOSUZUMABE**

	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	
Falha terapêutica?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RELATAR: _____ _____
Intolerância, contraindicação ou outros eventos adversos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Duração do tratamento: _____ _____			

( ) **CALCITONINA**

	<b>NÃO</b>	<b>SIM</b>	
Falha terapêutica?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RELATAR: _____ _____
Intolerância, contraindicação ou outros eventos adversos?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Duração do tratamento: _____ _____			

**\* Considera-se falha terapêutica a ocorrência de duas ou mais fraturas durante o tratamento medicamentoso.**

**10. OUTRAS INFORMAÇÕES PERTINENTES:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EU, MÉDICO(A), ASSUMO INTEGRAL RESPONSABILIDADE PELA VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS.**

**DATA DE PREENCHIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL:** \_\_\_\_\_

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

ÁCIDO ZOLEDRÔNICO, ALENDRONATO, CALCITONINA, CALCITRIOL, CARBONATO DE CÁLCIO, COLECALCIFEROL, PAMIDRONATO, RALOXIFENO, RISEDRONATO, ROMOSUZUMABE

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de ácido zoledrônico, alendronato, calcitonina, calcitriol, carbonato de cálcio, colecalciferol, pamidronato, raloxifeno, risedronato e romosozumabe indicados para o tratamento da osteoporose.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico (a) \_\_\_\_\_ (nome do(a) médico(a) que prescreve).

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

- redução de fraturas osteoporóticas;
- redução das complicações relacionadas a fraturas.

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

- os bisfosfonatos orais (alendronato e risedronato) não devem ser usados por quem não consegue ficar sentado ou de pé por 30 min após a ingestão com água; a função dos rins deve ser avaliada antes e durante o tratamento; são contraindicados em quem tem cálcio baixo no sangue, na gravidez e na amamentação; caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;

- o raloxifeno é contraindicado em quem tem risco de trombose ou embolia; não se pode usar estrógenos ao mesmo tempo;

- os estrógenos conjugados são contraindicados em quem tem risco de câncer de mama, de trombose ou de isquemia; - eventos adversos mais comuns do calcitriol: náusea, vômitos, sede aumentada, urina aumentada (por hipercalcêmicas).

Os eventos menos comuns incluem dor de cabeça, dor abdominal e manchas na pele (rash);

- eventos adversos mais comuns dos bisfosfonatos orais (alendronato e risedronato): dores abdominais, náusea, diarreia, gases, dor no estômago, depressão, tonturas, insônia, ansiedade, dores nos músculos, câimbras, formigamentos, aumento da pressão aral, dor no peito, falta de ar, vermelhidão e coceira na pele, infecções em geral;

- eventos adversos mais comuns do ácido zoledrônico: dores de cabeça, musculares e nas juntas, febre, cansaço, fraqueza, sonolência ou insônia, náusea, perda do apetite, aumento dos batimentos do coração, aumento da pressão aral, tonturas, formigamentos, prisão de ventre, aftas, dor no local da aplicação, diminuição das células do sangue (células brancas e plaquetas);

- eventos adversos mais comuns do raloxifeno: câimbras nas pernas, fogachos, formação de coágulos nas veias profundas das pernas, inchaço, náusea, vômitos, dores abdominais e dor de cabeça;

- eventos adversos mais comuns da calcitonina: náusea, diarreia, prisão de ventre, gases, dor no estômago, perda de apetite, calorões/fogachos, aumento da pressão arterial, dor no peito, falta de ar, chiado no peito, tonturas, aumento do volume de urina, infecções, dores em geral, sangramento e irritação nasal, formação de crostas no nariz quando via nasal, espirros, reações no local de aplicação do medicamento (quando administrado pela via subcutânea), reações alérgicas, vermelhidão na pele e fraqueza;

- eventos adversos mais comuns do pamidronato: febre, cansaço, sonolência ou insônia, náusea, perda do apetite, aumento dos batimentos do coração, aumento da pressão arterial, prisão de ventre, aftas, dor no local da aplicação e diminuição das células do sangue (células brancas e plaquetas);

eventos adversos mais comuns do romosozumabe: o uso de romosozumabe pode resultar em hipocalcemia transitória, sendo necessário corrigir a hipocalcemia antes de iniciar o tratamento, além de monitorar os pacientes quanto a sinais e sintomas de hipocalcemia e suplementá-los com cálcio e vitamina D. Muito comumente pode ocorrer infecção viral do trato respiratório superior e artralgia. Comumente, podem ocorrer reações de hipersensibilidade (com erupções cutâneas, dermatite ou urticária), dor de cabeça, tosse, dor no pescoço, espasmos musculares, edema periférico e reações no local da injeção;

- contra-indicação em caso de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula;
- risco da ocorrência de eventos adversos aumenta com a superdosagem.

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 ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o 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

O meu tratamento constará do(s) seguinte(s) medicamento(s):

- ( ) ácido zoledrônico
- ( ) calcitriol
- ( ) estrogênios conjugados
- ( ) risedronato sódico
- ( ) alendronato sódico
- ( ) carbonato de cálcio
- ( ) pamidronato
- ( ) romosozumabe
- ( ) calcitonina
- ( ) colecalciferol (vitamina D)
- ( ) raloxifeno

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
_____ Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável:		CRM:	UF:
Data: ____/____/____			
Assinatura e carimbo do médico: _____			

**Nota :** Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da assistência farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

## AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do  
(nome do paciente ou responsável)

CNS nº \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_,

autorizo o (a) Sr(a). \_\_\_\_\_,  
(nome do procurador ou portador)

portador (a) da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo \_\_\_\_\_,

inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_ residente na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, telefone de

contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do Componente

**Especializado da Assistência Farmacêutica.**

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

**Assinatura Paciente/Responsável:** \_\_\_\_\_

**Assinatura do Procurador/Portador (a):** \_\_\_\_\_

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

### Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados).

## AUTODECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_,  
(nome completo sem abreviações)

de nacionalidade \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, órgão

emissor \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, declaro que sou

residente e domiciliado na \_\_\_\_\_

número \_\_\_\_\_, complemento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, município \_\_\_\_\_,

estado \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_.

Por ser expressão da verdade e estar ciente de que constitui o crime de falsidade ideológica do artigo 299 do Código Penal Brasileiro "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente" punível com reclusão de um a três anos, e multa, FIRMO o presente instrumento para que produza os efeitos legais.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
declarante