

# RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO DE POLIARTERITE COM COMPROMETIMENTO PULMONAR (CHURG-STRAUSS)

**CID:**

M30.1

**Medicamento(s):**

Azatioprina 50 mg  
comprimido - **elenco estadual**



## DOCUMENTOS DE APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME) (VALIDADE DE 90 DIAS);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (VALIDADE DE 90 DIAS);
- PRESCRIÇÃO MÉDICA (VALIDADE DE 90 DIAS);

PARA A ABERTURA DE PROCESSO OU RETIRADA DE MEDICAMENTOS POR UM PROCURADOR, ESTE DEVE APRESENTAR, **ALÉM DE TODA A DOCUMENTAÇÃO JÁ MENCIONADA**, OS SEGUINTE 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).

## INFORMAÇÃO IMPORTANTE:

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



## LAUDO MÉDICO

DEVE-SE APRESENTAR LAUDO MÉDICO CONTENDO AS SEGUINTE INFORMAÇÕES:

- DESCRIÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE;
- MEDICAMENTOS JÁ UTILIZADOS (CASO NÃO SEJA O PRIMEIRO ESQUEMA A SER SOLICITADO).

09.07.2025



## AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CNS

(nome do paciente ou responsável)

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