**DADOS DO REQUERENTE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nome: | |
| CPF: | Cartão SUS: |
| Contato (email/telefone): | |
| Atendimento que originou a solicitação: ( ) Particular ( ) Convênio - Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) SUS - Unidade de atendimento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

**DADOS DA SOLICITAÇÃO:**

|  |
| --- |
| **Descrição Técnica da(s) OPME(s)[[1]](#footnote-2):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Quantidade de cada item:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Código CID da doença: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Descrição das características da OPME (tipo, matéria prima, dimensões) e do procedimento indicado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Justificativa clínica da indicação da OPME e do procedimento indicado, justificativa da prioridade, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e as legislações vigentes no país: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Resultados dos exames que corroborem a indicação da OPME e procedimento solicitado (anexar no processo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*\* O preenchimento do formulário deve ser feito pelo médico com* ***LETRA LEGÍVEL****, em atenção ao art. 11 do Código de Ética Médica (*[*Resolução CFM Nº 1931/2009*](http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20670:resolucao-cfm-no-19312009-&catid=9:codigo-de-etica-medica-atual&Itemid=122)*).*

1. A OPME é registrada na ANVISA? ( ) Não ( ) Sim.
2. Há alternativa de OPME? A OPME alternativa está disponível no SUS/ Saúde Suplementar? Se sim, por que a alternativa de OPME não é válida para o caso concreto?
3. A OPME solicitada trata de nova tecnologia? Há algum estudo da OPME, em andamento ou já concluso, perante a CONITEC; AMB; Anvisa; FDA; e/ou Comitês de Especialidade?
4. O paciente já se submeteu, a qualquer título, gratuito ou oneroso, formal ou informal, a procedimento médico com a participação do fabricante, importador ou distribuidor da OPME requerida? Em caso positivo, está vinculado a projeto de pesquisa do Sistema CONEP/CNS?
5. O médico prescritor já recebeu ou recebe, a qualquer título, algum auxílio financeiro, como passagem, hospedagem ou subvenção para participação em congressos e/ou eventos científicos patrocinados pelo produtor, distribuidor ou fornecedor da OPME indicada, ou ajuda financeira dessa mesma fonte, a qualquer título?
6. O médico prescritor já participou, a qualquer título, de algum estudo referente à OPME indicada? Se sim, indicar de quem é a iniciativa do estudo e para que finalidade?
7. Considerando a Medicina Baseada em Evidências, fundamento para o planejamento das ações e serviços de saúde do SUS, elencar os fundamentos científicos que embasam a indicação da OPME, apontando:

7.1. Qual o tipo de estudo analisado (se revisão sistemática, meta-análise, estudo randomizado, coorte, unicamente prescrição médica, etc..):

7.2. Quem foi o patrocinador do estudo:

7.3. No estudo, com que a OPME foi comparada:

7.4. Se não comparada, demonstrar se já existe OPME padrão em uso;

7.5. Classificar o estudo e a evidência científica da OPME nos termos em que preconiza a tabela de Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo da Oxford Centre for Evidence-Based Medicine.

|  |
| --- |
|  |

Declaro, por fim, que não possuo qualquer interesse na prescrição do OPME, que não a saúde do paciente, bem como não mantenho qualquer vínculo com a indústria de órteses, próteses e materiais especiais, distribuidores e em pesquisa clínica relacionada à esta solicitação que possa caracterizar conflito de interesse: ( ) Sim ( ) Não.

Prescritor (carimbo e assinatura):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Código Penal - Decreto-lei 2848/40 | Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940**

“Artigo 299 - 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 relevante:”

**PARA PREENCHIMENTO PELO REQUERENTE:**

|  |
| --- |
| **TERMO DE CONSENTIMENTO:**  Declaro que estou ciente das informações fornecidas e autorizo a exposição dos dados médicos em âmbito judicial e administrativo: ( ) Sim ( )Não.    Assinatura do Requerente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

1. DCB/DCI: Denominação Comum Brasileira ou, na falta desta, Denominação Comum Internacional. [↑](#footnote-ref-2)