

Solicitação de Auxílio-Medicamento Antineoplásico

| | |
|----------------------------|--|
| Associado / beneficiário | Matrícula / dependente |
| | |
| _____, ____/____/____. | _____ |
| Local | Data |
| Assinatura do beneficiário | Assinatura do titular se diferente do beneficiário |

Condições Regulamentares do Benefício

1. Serão cobertas, diretamente pela CAPESESP, as despesas com medicamentos de uso oral e ambulatorial utilizados no tratamento das doenças neoplásicas (tratamento do câncer), para associados inscritos no CAPESAÚDE há pelo menos 06 (seis) meses e cujo grupo familiar esteja em dia com as suas contribuições.
Os medicamentos cobertos através deste benefício serão somente aqueles aprovados formalmente pela CAPESESP após análise técnica do planejamento terapêutico proposto pelo médico-assistente.
2. O valor máximo de cobertura das medicações será de R\$ 1.550,00 (hum mil e quinhentos e cinquenta reais) por semestre. O titular autoriza, desde já, que o excedente a este valor seja financiado em até 06 (seis) parcelas mensais de no mínimo R\$ 30 (trinta reais), descontadas na folha de pagamento, e limitadas ao valor de 5% do salário-de-contribuição, no caso de apenas um participante do programa no grupo familiar, e de 10% para mais de um inscrito do mesmo grupo familiar.
3. As medicações serão adquiridas diretamente pela CAPESESP junto aos distribuidores de medicamentos e entregues aos associados no endereço cadastrado em seu sistema.
4. Terão direito ao Auxílio-Medicamento Antineoplásico, exclusivamente, os participantes enquadrados nos casos previstos no item 01 deste Regulamento, sendo, ainda, imprescindível o envio dos seguintes documentos:
 - Formulário "Solicitação de Auxílio-Medicamento Antineoplásico", devidamente preenchido e assinado;
 - Planejamento terapêutico preenchido, assinado e carimbado pelo médico que vem acompanhando a doença;
 - Receita médica original, em papel timbrado do médico ou do estabelecimento onde a consulta foi realizada, devendo constar os seguintes itens:
 - ✓ Nome do paciente;
 - ✓ Nome, apresentação e dose diária da medicação;
 - ✓ Assinatura e carimbo com o nº do CRM do médico;
 - ✓ CIC do médico-assistente;
5. A CAPESESP reserva-se o direito de fornecer medicamentos genéricos em substituição ao produto de marca, sempre que possível e de acordo com a Lei 9.787, de 10/02/99, regulamentada pelo Decreto nº 3181, de 23/09/99.
6. Em algumas situações em que não for possível a aquisição do medicamento prescrito será feita a substituição, sob a supervisão de farmacêutico, por produto similar com a mesma composição química e apresentação.
7. Excluem-se da cobertura medicamentos controlados pertencentes às Listas A1 e B1 (Receitas Amarela e Azul, conforme Portaria nº 344/98), bem como medicações importadas de qualquer espécie, não fabricadas no Brasil.
8. Não será aceita devolução parcial de medicação fornecida, salvo situações justificadas por novo relatório e prescrição médica, quando, então, a medicação será substituída e reenviada, com frete a ser pago pelo associado. Os medicamentos devolvidos somente serão aceitos se estiverem em perfeitas condições de conservação para uso.
9. Enquanto durar a concessão dos remédios antineoplásicos, os associados inscritos não poderão utilizar o sistema de reembolso-medicamento para os produtos fornecidos através deste auxílio.
10. O associado titular declara ter pleno conhecimento das condições regulamentares para a concessão do benefício.
11. Nas situações que resultarem no desligamento do beneficiário do CAPESAÚDE, será descontado do titular integralmente o valor despendido com a medicação fornecida para o semestre em curso.
12. O associado está ciente de que o não cumprimento das disposições contidas neste Regulamento implica no indeferimento do seu pedido.
13. O associado tem pleno conhecimento de que a constatação de documentação falsa ou adulterada acarretará as sanções previstas em Lei.

Reservado à CAPESESP

DEFERIDO

INDEFERIDO

OBSERVAÇÕES:

Local

Data

Assinatura



CAPESESP

Protocolo N°

Processo N°

AUXÍLIO-MEDICAMENTO ANTINEOPLÁSICO

| | | |
|--------------------------|-------|------------------------|
| Associado / beneficiário | Idade | Matrícula / dependente |
|--------------------------|-------|------------------------|

Informações Clínicas

| | | | |
|---|---|-------------------------------------|------------------------------------|
| Localização da Doença | CID 10 - Topografia | | |
| Comprometimento de outros órgãos (lesões secundárias) () NÃO () SIM Especifique: | Comprometimento de Linfonodos () SIM () NÃO () NÃO AVALIADO | | |
| Estadiamento Clínico (UICC) | CID 10 - Morfologia | Diagnóstico cito ou histopatológico | Grau histopatológico |
| | M | | () GX () G1 () G2 () G3 () G4 |

Tratamento anterior? () NÃO () SIM Especifique: () CIRURGIA - Mês/ano: ____/____ () QUIMIO - Mês/ano: ____/____
 Obs: Informe o mês do início da terapia anterior, se for o caso () HORMÔNIO - Mês/ano: ____/____ () RADIO - Mês/ano: ____/____

Planejamento Terapêutico

Finalidade do tratamento: () Curativa () Paliativa () Controle () Prévia - neoadjuvante ou citoredutora () Adjuvante - profilática

| | | |
|-------------|------|--|
| Medicamento | Dose | Previsão do tempo de utilização () mês(es) |
| Medicamento | Dose | Previsão do tempo de utilização () mês(es) |
| Medicamento | Dose | Previsão do tempo de utilização () mês(es) |
| Medicamento | Dose | Previsão do tempo de utilização () mês(es) |
| Medicamento | Dose | Previsão do tempo de utilização () mês(es) |

Desde já autorizo, sob a supervisão do farmacêutico responsável, a substituição da medicação prescrita para o paciente em referência, por genéricos, de acordo com a Lei 9.787, de 10/12/99, regulamentada através do Decreto nº 3181, de 23/9/99.

_____, ____/____/____. _____
 Local Data Assinatura/Carimbo do Médico-Assistente

Observações: As informações constantes deste documento possuem caráter confidencial, devendo ser entregue aos cuidados da Assessoria Médica do CAPESAÚDE em envelope lacrado, anexo à receita médica, que será utilizada pela farmácia dispensadora. Desde já agradecemos a colaboração no preenchimento completo de todos os campos desta guia.

Reservado à CAPESESP

Autorizado Pendências Indeferido

OBSERVAÇÕES: _____

_____, ____/____/____. _____
 Local Data Assinatura/Carimbo do Médico-Auditor