



AUXÍLIO MEDICAMENTO DE USO CONTÍNUO DECLARAÇÃO MÉDICA

Declaro, para fins de concessão de Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo pela CAPESESP, que o(a) Sr(a). _____, inscrito no CAPESAÚDE sob a matrícula número _____, é portador da(s) patologia(s) de curso crônico a seguir discriminada(s): (_____ e/ou _____),
CID DIAGNÓSTICO
 (_____ e/ou _____),
CID DIAGNÓSTICO
 (_____ e/ou _____).
CID DIAGNÓSTICO

necessitando de medicações de uso continuado, pelo período mínimo de 6 meses a contar desta data.

Desde já autorizo, sob a supervisão de farmacêutico responsável, a substituição da medicação prescrita para o paciente em referência, por genérico, de acordo com a Lei 9.787, de 10/02/99, regulamentada pelo Decreto nº 3181, de 23/9/1999.

LOCAL E DATA

CARIMBO/ASSINATURA/ CRM E CPF DO MÉDICO

ASSINATURA DO TITULAR

Prezado Doutor,

A cobertura de medicamentos através do Programa de Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo instituído pela CAPESESP está limitada aos princípios ativos listados no verso deste documento. Pedimos a gentileza de avaliar a possibilidade de utilizar na sua prescrição os mesmos, pois este Programa tem demonstrado ser de extrema importância para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos nossos associados.

Com o objetivo de viabilizá-lo financeiramente, garantindo a continuidade de benefício com a maior abrangência possível, foi negociado com os fornecedores a compra desses medicamentos com descontos e, portanto, com menor coparticipação financeira do associado.

Agradecemos a sua colaboração e ressaltamos que as informações constantes na presente declaração possuem caráter confidencial, portanto, serão analisadas exclusivamente pelos profissionais da Auditoria Médica do CAPESAÚDE e farmacêutico responsável pelo aviamento da receita.

São cobertas pelo benefício as seguintes patologias: insuficiência coronariana (infarto, angina), insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral, diabetes mellitus, DPOC, hipertensão arterial sistêmica, hipertireoidismo e hipotireoidismo.

LMC - LISTA DE MEDICAMENTOS CAPESESP

A cobertura do benefício Auxílio-Medicamento de Uso Contínuo limita-se ao fornecimento pela CAPESESP, através de seus fornecedores, dos medicamentos incluídos nesta listagem, uma vez que os mesmos são adquiridos com descontos sobre o preço máximo ao consumidor, reduzindo o custo e a coparticipação financeira do titular.

Ressaltamos que a cobertura dos produtos ora listados depende de aprovação técnica (análise farmacêutica), sendo autorizados somente quando utilizados exclusivamente no tratamento das doenças atendidas pelo Programa (insuficiência coronariana (infarto, angina), asma brônquica (bronquite asmática), insuficiência cardíaca congestiva, acidente vascular cerebral (derrame), diabetes mellitus, enfisema pulmonar (DPOC), hipertensão arterial sistêmica (pressão alta), hipertireoidismo e hipotireoidismo).

Os produtos assinalados com (*) são disponibilizados no Programa Saúde Não Tem Preço/Farmácia Popular do Brasil, cabendo ao titular decidir pelo envio ou não dos mesmos, de forma a evitar a coparticipação financeira.

MEDICAMENTOS COBERTOS PELO PROGRAMA, LISTADOS PELO PRINCÍPIO ATIVO (ORDEM ALFABÉTICA)	
Princípio ativo (Concentrações)	Princípio ativo (Concentrações)
<ul style="list-style-type: none"> • ACARBOSE (50 mg / 100 mg) • ACETILCISTEÍNA (100 mg / 200 mg / 600 mg) • ÁCIDO ACETILSAUCÍLICO* (81 mg / 85 mg / 100 mg / 165 mg / 300 mg / 325 mg) • ÁCIDO ACETILSALICÍLICO; ALUMÍNIO E MAGNÉSIO - ASSOC. (81 mg / 100 mg / 162 mg / 200 mg / 325 mg) • ALOGLIPTINA (12,5 mg / 25 mg) • ALOGLIPTINA E METFORMINA (12,5 mg + 1.000 mg / 12,5 mg + 850 mg) • AMILORIDA E HIDROCLOROTIAZIDA - ASSOC. (2,5 mg + 25 mg / 5 mg + 50 mg) • AMILORIDA; CLORTALIDONA (5 mg + 25 mg / 5 mg + 50 mg) • AMIODARONA* (100 mg / 150 mg / 200 mg) • ANLÓDIPINO (2,5 mg / 5 mg / 10 mg) • ANLÓDIPINO E LOSARTANA - ASSOC. (2,5 mg + 50 mg / 5 mg + 50 mg / 5 mg + 100 mg) • ATENOLOL* (25 mg / 50 mg / 100 mg) • ATENOLOL E CLORTALIDONA (25 mg + 12,5 mg / 50 mg + 12,5 mg / 100 mg + 25 mg) • ATORVASTATINA (10 mg / 20 mg / 40 mg / 80 mg / 120 mg) • BAMIFILINA (300 mg / 600 mg) • BETAISTINA (8 mg / 16 mg / 24 mg) • BISOPROLOL (1,25 mg / 2,5 mg / 5 mg / 10 mg) • BISOPROLOL E HIDROCLOROTIAZIDA - ASSOC. (2,5 mg + 6,25 mg / 5 mg + 6,25 mg / 5 mg + 12,5 mg / 10 mg + 6,25 mg / 10 mg + 25 mg) • BUDESONIDA E FORMOTEROL (12 mcg + 400 mcg) • BUDESONIDA E FORMOTEROL - ASSOC. (6 mcg + 100 mcg / 6 mcg + 200 mcg / 12 mcg + 200 mcg) • CANDESARTANA (8 mg / 16 mg / 32 mg) • CANDESARTANA E HIDROCLOROTIAZIDA (8 mg + 12,5 mg / 16mg+12,5mg) • CAPTOPRIL* (12,5 mg / 25 mg / 50 mg) • CARVEDILOL (3,125 mg / 6,25 mg / 12,5 mg / 25 mg) • CILOSTAZOL (50 mg / 100 mg) • CIPROFIBRATO (100 mg) • CLONIDINA (0,1 mg / 0,2 mg / 0,15 mg) • CLOPIDOGREL (75 mg / 300 mg) • CLORTALIDONA (12,5 mg / 25 mg / 50 mg) • DAPAGLIFLOZINA (5 mg / 10 mg) • DIGOXINA* (0,1 mg / 0,25 mg / 0,125 mg) • DILTIAZEM (30 mg / 60 mg / 90 mg / 120 mg / 300 mg / 360 mg) • DOXAZOSINA (1 mg / 2 mg / 4 mg) • ENALAPRIL* (2,5 mg / 5 mg / 10 mg / 20 mg) • ENALAPRIL E ANLÓDIPINO - ASSOC. (2,5 mg + 10 mg / 5 mg + 10 mg / 5 mg + 20 mg) • ENALAPRIL E HIDROCLOROTIAZIDA - ASSOC. (10 mg + 25 mg / 20 mg + 12,5 mg) • ESPIRONOLACTONA (25 mg / 50 mg / 100 mg) • EZETIMIBA (10 mg) • FENOFIBRATO (160 mg / 200 mg / 250 mg) • FLUTICASONA; SALMETEROL (25 mcg + 125 mcg / 25 mcg + 250 mcg / DISKUS - 50mcg + 100mcg / 50 mcg + 250 mcg / DISKUS - 50 mg + 500 mcg) • FORMOTEROL (6 mcg / 12 mcg) • FUROSEMIDA* (20 mg / 40 mg / 60 mg) • GLIBENCLAMIDA (GLIBURIDA)* (5 mg) • GLICLAZIDA (30 mg / 60 mg / 80 mg) • GLIMEPIRIDA (1 mg / 2 mg / 3 mg / 4 mg / 6 mg) • HIDRALAZINA (20 mg / 25 mg / 50 mg) • HIDROCLOROTIAZIDA* (25 mg / 50 mg) • INDAPAMIDA (2,5 mg) • INSULINA ASPARTE (100 UI) • INSULINA GLARGINA (100 UI/mL / 300 UI/ml) 	<ul style="list-style-type: none"> • INSULINA HUMANA* (100 UI) • INSULINA NPH* (ISOFANA) (100 UI) • IPRATRÓPIO* (0,25 mg/mL) • IRBESARTANA (150 mg / 300 mg) • IRBESARTANA E HIDROCLOROTIAZIDA - ASSOC. (150 mg + 12,5 mg / 300 mg + 12,5 mg) • LEVOTIROXINA (T4) (12,5 mcg / 25 mcg / 37,5 mcg / 38 mcg / 50 mcg / 60 mcg / 62,5 mcg / 75 mcg / 88 mcg / 100 mcg / 112 mcg / 125 mcg / 137 mcg / 150 mcg / 175 mcg / 200 mcg / 300 mcg) • LISINAPRIL (5 mg / 10 mg / 20 mg / 30 mg / 60 mg) • LOSARTANA* (12,5 mg / 25 mg / 50 mg / 100 mg) • LOSARTANA E HIDROCLOROTIAZIDA - ASSOC. (50 mg + 12,5 mg / 100 mg + 25 mg) • METFORMINA* (1.000 mg / 500 mg / 750 mg / 850 mg) • METFORMINA E GLIBENCLAMIDA - ASSOC. (1.000 mg + 5 mg / 250 mg + 1,25 mg / 500 mg + 2,5 mg / 500 mg + 5 mg) • METFORMINA XR (500 mg / 750 mg) • METILDOPA* (250 mg / 500 mg) • METIMAZOL (TIAMAZOL) (5 mg) • METOPROLOL (25 mg / 50 mg / 100 mg / 200 mg) • MONONITRATO DE ISOSSORBIDA* (5 mg / 20 mg / 40 mg / 50 mg / 60 mg) • MONTELUCASTE (4 mg / 5 mg / 10 mg) • NEBIVOLOL (5 mg) • NIFEDIPINO* (30 mg / 40 mg / 50 mg / 60 mg) • NITRENDIPINO (10 mg / 20 mg) • OLMESARTANA (20 mg / 40 mg) • OLMESARTANA E HIDROCLOROTIAZIDA (20 mg + 12,5 mg / 40 mg + 12,5 mg / 40 mg + 25 mg) • PINDOLOL (5 mg / 10 mg) • PROPAFENONA (70 mg / 150 mg / 300 mg) • PROPATILNITRATO (10 mg / 20 mg / 40 mg) • PROPILTIOURACIL (100 mg) • PROPRANOLOL* (10 mg / 40 mg / 80 mg / 160 mg) • RAMIPRIL (2,5 mg / 5 mg / 10 mg / 20 mg) • RIVAROXABANA (10 mg / 15 mg / 20 mg) • ROSUVASTATINA (5mg / 40 mg) • SALBUTAMOL (ALBUTEROL)* (0,4 mg/mL / 1 mg/mL / 2 mg / 4 mg / 5 mg / mL / 8 mg / 100 mcg / 200 mcg) • SAXAGLIPTINA (2,5 mg / 5 mg) • SINVASTATINA (EPISATINA, SINVINOLINA)* (5 mg / 10 mg / 20 mg / 40 mg / 80 mg) • SITAGLIPTINA (25 mg / 50 mg / 100 mg) • SOTALOL (120 mg / 160 mg / 240 mg) • TELMISARTANA (40 mg / 80 mg) • TIAMINA (VIT. B1) (100 mg / 300 mg) • TICLOPIDINA (250 mg) • TIOTRÓPIO (0,625 mg/mL / 18 mcg) • TRIMETAZIDINA (20 mg / 35 mg) • VALSARTANA (40 mg / 80 mg / 160 mg / 320 mg) • VALSARTANA E ANLÓDIPINO - ASSOC. (80 mg + 5 mg / 160 mg + 5 mg / 160 mg + 10 mg / 320 mg + 5 mg / 320 mg + 10 mg) • VALSARTANA E HIDROCLOROTIAZIDA - ASSOC. (80 mg + 12,5 mg / 160 mg + 12,5 mg / 160 mg + 25 mg / 320 mg + 12,5 mg / 320 mg + 25 mg) • VARFARINA (1 mg / 2,5 mg / 5 mg / 7,5 mg) • VERAPAMIL* (80 mg / 120 mg / 180 mg / 240 mg) • VILDAGLIPTINA E METFORMINA - ASSOC (50 mg + 500 mg / 50 mg + 850 mg / 50 mg + 1000 mg / 100 mg + 500 mg / 100 mg + 850 mg)