



Termo de Consentimento Medicamentos Imunobiológicos

Considerando as Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 2 e nº 6/2017 que regulamentam a execução e financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF e Portaria de Consolidação nº 5/2017 que determina os critérios para aquisição e disponibilização de medicamentos estratégicos no SUS, os medicamentos imunobiológicos fornecidos por meio do CEAF poderão ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde nas formas: medicamento originador e medicamento bioequivalente.

Desta forma, declaro estar ciente da substituição do medicamento imunobiológico _____ seja do originador para o bioequivalente, ou vice-versa, de forma automática em conformidade com o enviado pelo Ministério da Saúde, para o paciente _____, desde que o mesmo esteja em uso de um mesmo tipo (originador ou bioequivalente) pelo tempo mínimo necessário definido pelo Ministério da Saúde para troca.

Assinatura e carimbo do médico prescritor

Assinatura do paciente

Data: ____ / ____ / ____