



GOVERNO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO EM SAÚDE
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



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 biossimilar.

Desta forma, eu _____ CRM/UF nº _____, declaro estar ciente da intercambialidade entre os medicamentos imunobiológicos (originador e biossimilar) de forma automática em conformidade com apresentação disponibilizada pelo Ministério da Saúde, para o paciente _____, desde de que o medicamento esteja em uso pelo tempo mínimo necessário definido para sua troca.

Medicamento Imunobiológico: _____ CID-10: _____

Assinatura e carimbo médico

Assinatura do paciente

Local e data