

COMUNICADO IPE SAÚDE Nº 22/2024

O DIRETOR-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO GRANDE DO SUL - IPE Saúde, comunica aos Prestadores que a dispensação de medicamentos para uso domiciliar aos usuários do IPE Saúde por via administrativa é restrita para medicamentos oncológicos orais, expressamente previstos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticos de Oncologia publicados pelo IPE Saúde. Os medicamentos administrados por outras vias (subcutâneo, intramuscular e endovenoso) devem ser administrados exclusivamente em ambientes hospitalares e/ou clínicas credenciados ao Sistema IPE Saúde.

As dispensações de medicamentos orais para uso domiciliar, tanto pela administrativa quanto pela via judicial, somente poderão ser efetuadas com o preenchimento do “Formulário de Retirada de Medicamento/IPE Saúde” (Anexo I), que deverá ser acompanhada dos seguintes documentos: Cópia do documento de identificação com foto do usuário; ou cópia do documento de identificação como foto do procurador e a Procuração devidamente preenchida, conforme modelo disponibilizado no Anexo II.

Por fim, informa que os medicamentos dispensados para uso domiciliar, que não sejam os expressamente permitidos, serão glosados em sua integralidade.

Porto Alegre, 19 de dezembro de 2024.



Ilse Valli Tondo

Assessora da Diretoria de Provimento de Saúde



**Paulo Afonso Oppermann,
Diretor-Presidente IPE Saúde.**



ANEXO I

FORMULÁRIO DE RETIRADA DE MEDICAMENTOS / IPE SAÚDE

Usuário(a): _____

Matrícula: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

Fármaco: _____ Apresentação: _____

Quantidade: _____ Ciclos Previstos: _____

Ciclo Atual _____

Médico Prescritor _____ CRM _____

() Medicamento retirado pelo usuário(a)

Assinatura do Usuário(a)

() Medicamento retirado pelo Procurador(a)

Procurador(a): _____

Parentesco: _____ Data de Nascimento: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura do Procurador Local e Data de retirada:

No caso de óbito ou mudança do tratamento, os medicamentos não utilizados deverão ser devolvidos ao Prestador no qual foi efetuada a retirada.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO GRANDE DO SUL

Avenida Borges de Medeiros, 1945
90110-900 | Porto Alegre | RS
+55 (51) 3288.1550

www.ipesaude.rs.gov.br

Anexo II

PROCURAÇÃO Outorgante: (nome completo), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador(a) do CPF nº _____, RG nº _____, expedido pelo (órgão), residente e domiciliado(a) a (rua, avenida, etc.) _____, bairro _____, município _____, Estado _____, CEP _____, telefone _____, pelo presente instrumento nomeia e constitui como seu (sua) bastante Procurador(a) (nome completo), (nacionalidade), (estado civil), (profissão), portador(a) do CPF nº _____, RG nº _____, expedido pelo (órgão), residente e domiciliado(a) a (rua, avenida, etc.) _____, bairro _____, município _____, Estado _____, CEP _____, telefone _____, com poderes específicos para efetuar a retirada de medicamento oncológico oral na Clínica/Hospital (nome do Prestador), responsabilizando-se por todos os atos praticados no cumprimento deste instrumento, cessando os efeitos deste a partir de (dia/mês/ano - Data que encerrar os ciclos do tratamento, tendo como validade máxima 01 ano).

Local, data.

Assinatura do Outorgante



Anexar a este formulário:

1. Documento de identidade com foto do usuário frente e verso no caso de ser retirado pelo usuário.
2. Documento de identidade com foto do usuário (frente e verso) e do Procurador (frente e verso), quando retirado por terceiro.

INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO GRANDE DO SUL

Avenida Borges de Medeiros, 1945
90110-900 | Porto Alegre | RS
+55 (51) 3288.1550

www.ipesaude.rs.gov.br