



DIRETORIA DE PROVIMENTO DE SAÚDE

**COMUNICADO IPE SAÚDE Nº 006/2021**

O **DIRETOR-PRESIDENTE DO INSTITUTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO GRANDE DO SUL - IPE Saúde**, comunica aos Prestadores que a contar do dia 01 de julho de 2021, a dispensação dos medicamentos orais fornecidos pelo Sistema IPE Saúde, pela via administrativa ou judicial, somente poderá ser efetuada 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.

Comunica por fim, que o pagamento da conta somente será efetuado com o encaminhamento do Formulário de Retirada de Medicamento, com os documentos acima citados.

Porto Alegre, 30 de junho de 2021.

**Júlio César Viero Ruivo**

**Diretor-Presidente**



DIRETORIA DE PROVIMENTO DE SAÚDE

ANEXO I

FORMULÁRIO DE RETIRADA DE MEDICAMENTOS / IPE SAÚDE

Usuário(a): \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

( ) Medicamento de Alto Custo

( ) Ação Judicial nº \_\_\_\_\_

Medicamento 1: \_\_\_\_\_

Apresentação: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Via de Administração: ( ) oral ( ) subcutânea ( ) \_\_\_\_\_

Ciclos Previstos: \_\_\_\_\_ Ciclo Atual \_\_\_\_\_

Medicamento 1: \_\_\_\_\_

Apresentação: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Via de Administração: ( ) oral ( ) subcutânea ( ) \_\_\_\_\_

Ciclos Previstos: \_\_\_\_\_ Ciclo Atual \_\_\_\_\_

Médico Prescritor \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Usuário(a)

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

( ) Medicamento retirado pelo usuário(a)

( ) Medicamento retirado pelo Procurador(a)

Procurador(a): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Procurador

Local e Data de retirada: \_\_\_\_\_

Anexar a este formulário:

1. Documento de identidade com foto do usuário.
2. Documento de identidade com foto do usuário e do Procurador, quando retirado por terceiro.

**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