

Título: Solicitação de Alteração de Itens da Tabela de MAT/MED IPASGO

Tipo de Anexo: Formulário

Número e Versão do Anexo: RQ-FOR-242 - V.4

Fase: Vigente

Dados do Solicitante:

Nome: _____

CPF ou CNPJ: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____

E-mail: _____

Assinatura: _____

Mat/Med a ser alterado:

(☐) **Alteração de valor** - Para materiais - cópias de Notas Fiscais (no mínimo 3 (três)) que comprovem o valor de venda atualizado no Estado de Goiás. Para medicamentos – cópia da página do Brasíndice ou CMED/ANVISA atualizado.

(☐) **Alteração no descritivo do item**

(☐) **Forma de unidade de pagamento** - Incluir justificativa técnica preenchida pelo Farmacêutico e/ou Médico Responsável Técnico pelo local, contendo assinatura, carimbo e registro no Conselho de Classe.

(☐) **Inclusão de nova indicação** – Incluir relatório médico com justificativa de inclusão; bula/monografia ou folders; estudo farmacoeconômico (se existir); estudos clínicos (preferência estudos fase III, randomizados, controlados por placebo).

(☐) **Exclusão do item**

(☐) **Outros:** _____

Código: _____ Nome: _____

Justificativa tecnicamente fundamentada: _____

Assinatura e carimbo do médico ou farmacêutico da rede credenciada

Para autuação do processo, o solicitante deverá comparecer previamente à Coordenação de Cadastro de Materiais e Medicamentos para conferência da documentação requerida.