



GUIA DE ORIENTAÇÃO AO USUÁRIO

COMPORTAMENTO AGRESSIVO NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

PCDT / CID 10: F 84.0 / F 84.1 / F 84.3 / F 84.5 / F 84.8

1. Medicamentos

Risperidona: solução oral de 1 mg/mL (para doses que exigem frações de 0,5 mg); comprimidos de 1, 2 e 3 mg.

2. Documentos a serem apresentados (original e cópia)

2.1. Documentos pessoais

Solicitação inicial

- Carteira de Identidade – RG;
- Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- Comprovante de Residência (Conta de Água, Luz Telefone ou Declaração de Residência);
- Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos.

2.2. Documentos a serem emitidos pelo Médico

Solicitação inicial

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;
- Escala ABC OU BPI-S**;
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

Renovação a cada 6 (seis) meses

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Receita Médica**, com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;
- Relatório Médico**, descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico.

2.3. Exames

Solicitação inicial

- Glicemia em jejum;
- Lipidograma (colesterol total e frações);
- Avaliação antropométrica;
- Avaliação da pressão arterial;
- Eletrocardiogram (**apenas para pacientes cardiopatas**).
- Beta HCG (pacientes do sexo feminino até 55 anos, com validade inferior a 15 dias);

Renovação a cada 6 (seis) meses

- Glicemia em jejum;
- Lipidograma (colesterol total e frações);
- Avaliação antropométrica;
- Avaliação da pressão arterial;
- Hemograma com plaquetas;
- Prolactina sérica;
- Eletrocardiogram (apenas para pacientes cardiopatas).

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do SUS que atendam a especialidade correspondente a patologia de que trate este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para Receber os Medicamentos

O Usuário ou seu Representante deve comparecer, na data agendada, à Farmácia de Maceió munido de documento de identificação com foto e Cartão do Usuário.

5. Observações:

- Tempo do tratamento preconizado para seis meses;
- O exame Beta HCG, para pacientes do sexo feminino até 55 anos, deverá ser apresentado mensalmente (com validade inferior a 15 dias);
- O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia;
- No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista;
- Os exames são aceitos com validade de até 90 dias de sua emissão.
- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Os documentos (LME, Receita Médica e Relatório Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;
- O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o Médico ou farmacêutico;
- Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 07/2013 e SAS/MS nº. Portaria nº. 7, de 12 de Abril de 2022, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento de Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo;
- O CEAF não abre para atendimento ao público no último dia útil do mês, fechado para balanço.



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



07:30 h às 16:30 h
Segunda à sexta
(fechado no último dia útil do mês)

3315-6109 e 3315-6110

<https://www.saude.al.gov.br/componente-especializado-da-assistencia-farmacaceutica/>
(todas as letras devem ser minúsculas)



TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

RISPERIDONA

Eu, _____ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **risperidona**, indicada para o tratamento do **Comportamento Agressivo na Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico _____ (nome do médico que prescreve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- melhora no controle de alguns sintomas do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), como a raiva;
- redução de episódios de agressão ou autoagressão; e
- melhor participação em atividades de tratamento. Também fui informado(a) que este medicamento não tem efeito nos sintomas principais (nucleares) dos transtornos do espectro do autismo nem leva à cura desta condição.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais eventos adversos e riscos associados ao uso de risperidona:

- Medicamento classificado na gestação como categoria C (pesquisas em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém, não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior do que os riscos).
- Os eventos adversos mais comuns deste medicamento são: agitação, nervosismo, alterações de visão, disfunção sexual, tonturas, alterações na menstruação, tremores, movimentos involuntários, insônia, distúrbios urinários, agressividade, diminuição da concentração e da memória, vermelhidão e coceira na pele, fraqueza, cansaço, prisão de ventre, tosse, boca seca, diarreia, sonolência, dor de cabeça, má digestão, náusea e ganho de peso.
- Este medicamento pode causar aumento da pressão arterial, da glicose no sangue e do peso, além de alterações das gorduras do sangue. Consultas e exames durante o tratamento são necessários.
- Este medicamento é contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) ao fármaco ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistência do uso do medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

() Sim () Não

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico Responsável:	CRM:	UF:
Assinatura e carimbo do médico	Data	

Observação: Este termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e deverá ser preenchido em duas vias, ficando uma arquivada na farmácia e a outra entregue ao usuário ou seu responsável legal.



RELATÓRIO MÉDICO PADRONIZADO
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo

Paciente: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Tempo de diagnóstico: _____

CNS: _____

Sexo: () F () M

a) Medidas antropométricas

Idade: _____

Peso: _____

Altura: _____

Circunferência do quadril: _____

Circunferência abdominal: _____

Data do exame: ___/___/___

b) Avaliação arterial

Pressão arterial: _____ Data do exame: ___/___/___

Pressão arterial: _____ Data do exame: ___/___/___

Pressão arterial: _____ Data do exame: ___/___/___

1. O paciente diagnosticado com Transtorno do Espectro do Autismo? () Sim () Não
2. O paciente apresenta comportamento agressivo? () Sim () Não
3. O comportamento agressivo é dirigido?
() a si mesmo () a outras pessoas () a si mesmo e a outras pessoas
4. O paciente tem acesso a uma equipe multiprofissional e multidisciplinar, para seu adequado diagnóstico, tratamento e acompanhamento? () Sim () Não
5. O paciente apresenta baixa adesão a intervenções não medicamentosas? () Sim () Não
6. O paciente apresenta alguma cardiopatia? () Sim () Não
7. O paciente apresenta prolongamento do intervalo QT? () Sim () Não
8. O paciente apresenta histórico familiar?
() Obesidade;
() Diabetes Mellitus;
() Dislipidemia;
() Hipertensão arterial;
() Doença cardiovascular;
() Síndrome neuroléptica maligna;
() Distonia ou discinesia;
() Tentativa ou risco de suicídio;
() Outras comorbidades: _____.
9. O paciente possui outras doenças diagnosticadas? () Sim () Não
Se sim, Qual? _____



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



10. Já apresentou reações alérgicas a medicamentos? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

11. O paciente possui alguma complicação clínica? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

12. O paciente está amamentando? () Sim () Não

13. O paciente já fez uso de medicamentos para tratar esta condição clínica? () Sim () Não

Se sim, Qual? _____

O diagnóstico de entrada é compatível com Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo, CID 10: _____ necessitando dar início ou manter o tratamento preventivo iniciado nessa Unidade, segundo o Protocolo Padronizado de Medicamentos para Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo, necessitando fazer uso de _____ (Frequência ao dia (s) ou na semana (s)).

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data __/__/__



ESCALA ABERRANT BEHAVIOR CHECKLIST / ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO (ABC)

Nome do paciente: _____

Nome do avaliador: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Data de nascimento: __/__/____

Data de hoje: __/__/____

Caso esteja na escola, qual o tipo (marque uma alternativa):

- () Escola para portadores de necessidades especiais
() Escola para portadores de autismo
() Escola de inclusão
() Escola comum
() Outro (especifique): _____

Grupo étnico (marcar):

- () Branco
() Negro
() Pardo
() Outro (especifique): _____

Relação com o paciente (marque uma alternativa):

- () Pais
() Professor
() Treinador/supervisor
() Outro (especifique): _____

Onde o paciente foi observado:

- () Casa
() Escola
() Creche
() Consultório
() Outro (especifique): _____

Situação clínica do paciente (marcar):

- A. Surdez ? () Sim () Não () Não sei
B. Cegueira ? () Sim () Não () Não sei
C. Epilepsia? () Sim () Não () Não sei
D. Paralisia cerebral? () Sim () Não () Não sei
E. Outro (especifique): _____

MEDICAÇÕES EM USO ATUALMENTE (por favor, liste todas as medicações e suas dosagens)

Instruções

A escala de sintoma ABC comunitária foi elaborada para ser usada em pacientes que vivem em comunidade. Por isso o termo *paciente* é usado para se referir à pessoa que está sendo avaliada, que pode ser uma criança em idade escolar, um adolescente ou um adulto.

Pontue o comportamento do paciente em relação às quatro últimas semanas. Para cada item decida se o comportamento é um problema e circule o número apropriado:

- 0= não é problema;
1= o comportamento é um problema, mas em grau leve;
2= o problema tem gravidade moderada;
3= o problema é grave

Quando estiver julgando o comportamento do paciente, tenha em mente os pontos a seguir:

- a) Considere a frequência com que cada comportamento acontece de forma relativa. Por exemplo, se um paciente tem em média mais acesso de fúria do que a maioria de outros pacientes que você conhece, ou do que a maioria dos seus colegas de classe, a gravidade é provavelmente moderada (2) ou grave (3), mesmo que ocorra somente uma ou duas vezes por semana. Outros comportamentos, como desobediência, provavelmente



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



precisam ocorrer com maior frequência para merecer a pontuação máxima.

- b) Considere a opinião de outros cuidadores do paciente, caso você tenha acesso a essa informação. Se o paciente tem problemas com outros, mas não com você tente levar em conta a situação de maneira geral.
- c) Tenta considerar se um determinado comportamento interfere no desenvolvimento, funcionamento ou relacionamento dele/dela. Por exemplo, balança o corpo ou retraimento social podem não perturbar outras crianças ou adultos, mas certamente atrapalha o funcionamento ou desenvolvimento individual.

Não se detenha muito tempo em cada item, sua primeira impressão geralmente é a correta.

ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO - ABC					
1	Excessivamente ativo (a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar	0	1	2	3
2	Fere-se de propósito	0	1	2	3
3	Indiferente, lento (a), parado (a)	0	1	2	3
4	Agressivo (a) com outras crianças ou adultos (verbalmente ou fisicamente)	0	1	2	3
5	Procura se isolar dos outros	0	1	2	3
6	Movimentos corporais repetitivos e sem sentido	0	1	2	3
7	Barulhento (a) (ruídos grosseiros e inapropriados)	0	1	2	3
8	Grita inapropriadamente	0	1	2	3
9	Fala excessivamente	0	1	2	3
10	Crises de birra/ acessos de fúria	0	1	2	3
11	Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos	0	1	2	3
12	Preocupado (a), fixa o olhar no vazio	0	1	2	3
13	Impulsivo (a) age sem pensar	0	1	2	3
14	Irritável e queixoso (a)	0	1	2	3
15	Inquieto (a), incapaz de permanecer sentado (a)	0	1	2	3
16	Retraído (a); prefere atividades solitárias	0	1	2	3
17	Estranho, comportamento esquisito	0	1	2	3
18	Desobediente; difícil de controlar	0	1	2	3
19	Grita em momentos inapropriados	0	1	2	3
20	Expressão facial imóvel, fixa; falta de resposta emocional	0	1	2	3
21	Incomoda os outros	0	1	2	3
22	Fala repetitiva	0	1	2	3
23	Faz nada a não ser ficar sentado (a) e olhar os outros	0	1	2	3
24	Não é cooperativo	0	1	2	3
25	Depressivo (a)	0	1	2	3
26	Resiste a qualquer forma de contato físico	0	1	2	3
27	Movimenta ou balança a cabeça de trás pra frente repetidamente	0	1	2	3
28	Não presta atenção às instruções	0	1	2	3
29	Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente	0	1	2	3
30	Isola-se de outras crianças ou adultos	0	1	2	3
31	Tumultua as atividades em grupo	0	1	2	3
32	Fica sentado (a) ou em pé na mesma posição por muito tempo	0	1	2	3
33	Fala sozinho (a) em voz alta	0	1	2	3
34	Chora por mínimos aborrecimentos e machucados	0	1	2	3
35	Movimentos repetitivos das mãos, do corpo ou da cabeça	0	1	2	3
36	O humor muda rapidamente	0	1	2	3
37	Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)	0	1	2	3
38	Não permanece sentado (ex. durante as lições ou outras atividades, refeições, etc)	0	1	2	3
39	Não fica sentado (a) nem por um tempo mínimo	0	1	2	3
40	Difícil alcançá-lo (a), contatá-lo (a) ou chegar a te ele (ela)	0	1	2	3
41	Chora ou grita inapropriadamente	0	1	2	3
42	Prefere ficar sozinho (a)	0	1	2	3
43	Não tenta se comunicar por palavras ou gestos	0	1	2	3
44	Distrai-se com facilidade	0	1	2	3
45	Balança ou agita as mãos ou pés repetidamente	0	1	2	3
46	Repete varias vezes uma palavra ou frase	0	1	2	3
47	Bate os pés, ou faz barulho estrondoso com objetos ou bate portas com força	0	1	2	3



SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
GERÊNCIA TÉCNICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA



48	Constantemente corre ou pula em torno do cômodo	0	1	2	3
49	Balança o corpo para trás e para frente repetidamente	0	1	2	3
50	Causa machucados em si mesmo	0	1	2	3
51	Não presta atenção quando falam com ele (ela)	0	1	2	3
52	Pratica violência contra si próprio	0	1	2	3
53	Inativo (a), nunca se move espontaneamente	0	1	2	3
54	Tende a ser excessivamente ativo (a)	0	1	2	3
55	Reage negativamente ao contato afetivo	0	1	2	3
56	Ignora propositalmente as instruções	0	1	2	3
57	Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado	0	1	2	3
58	Demonstra pouca reação social aos outros	0	1	2	3

Aberrant Behavior checklist – ABC: versão traduzida por Losapio et al, 2011.
A escala ABC foi incluída neste protocolo com a permissão de seus autores mane tal, 1985.

Resultado: _____

Carimbo e assinatura do médico e CRM

Data __/__/__



**ESCALA BEHAVIOR PROBLEMS INVENTORY /ESCALA DE
AUTOAGRESSÃO E AGRESSÃO/COMPORTAMENTO
AGRESSIVO DESTRUTIVO (BPI-S)**

Nome do paciente: _____

Comportamento autoagressivo/agressivo/destrutivo		Frequência					Severidade		
		Nunca	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente	O tempo todo	Leve	Moderada	Grave
1	Morder a si próprio (com tal força) que a marca dos dentes pode ser vista por algum tempo (vermelhidão ou corte na pele podem ocorrer).	0	1	2	3	4	1	2	3
2	Bater na cabeça com a mão ou com outra parte do corpo (por exemplo, tapas no rosto, bater o joelho contra a testa) com ou contra objetos (por exemplo, jogar-se contra a parede, bater na cabeça com um brinquedo).	0	1	2	3	4	1	2	3
3	Bater no próprio corpo (exceto cabeça) com as mãos ou outra parte do corpo (por exemplo, chutar-se, tapas nos braços ou coxas) com ou contra objetos (por exemplo, bater nas pernas com um bastão, socar a parede).	0	1	2	3	4	1	2	3
4	Arranhar-se (com tal força que a vermelhidão da pele seja visível, corte na pele também pode ocorrer).	0	1	2	3	4	1	2	3
5	Pica: levar a boca ou engolir objetos que não se deve pôr na boca ou engolir por motivo de higiene ou saúde (itens não alimentícios, tais como fezes, grama, papel, lixo, cabelo etc)	0	1	2	3	4	1	2	3
6	Inserir objetos em orifícios do corpo (nariz orelha, ânus etc).	0	1	2	3	4	1	2	3
7	Puxar o cabelo (arrancar mechas de cabelo).	0	1	2	3	4	1	2	3
8	Ranger os dentes (evidências de dentes rangidos).	0	1	2	3	4	1	2	3
TOTAL		Frequência:					Severidade:		
9	Bater em outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
10	Chutar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
11	Empurrar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
12	Morder os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
13	Agarrar e puxar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
14	Arranhar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
15	Beliscar os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
16	Agredir verbalmente os outros.	0	1	2	3	4	1	2	3
17	Destruir coisas (por exemplo, rasgar roupas, jogar cadeiras, quebrar mesas).	0	1	2	3	4	1	2	3
18	Ser malvado ou cruel (por exemplo, pegar brinquedos ou comida dos outros, intimidar outros)	0	1	2	3	4	1	2	3
TOTAL		Frequência:					Severidade:		

Versão traduzida por Baraldi et al., 2013.

Carimbo e assinatura do médico e CRM/RQE

Data ___/___/___

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* _____ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5- Peso do paciente* _____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6- Altura do paciente* _____ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar: _____

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* _____ 17- Assinatura e carimbo do médico* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____ 16- Data da solicitação* _____

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* _____ 20- Telefone(s) para contato do paciente _____

Branca Amarela
 Preta Indígena. Informar Etnia: _____
 Parda Sem informação

21- Número do documento do paciente _____ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de _____, Nome do paciente
portador do documento de identidade nº _____ emitido pela _____ e do
Nº identidade Órgão emissor/UF
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº _____ **AUTORIZO**
Nº CNS
_____, portador do documento de identidade
Nome completo do representante
nº _____ emitido pela _____, domiciliado no endereço
Nº identidade Órgão emissor/UF
_____, nº _____, bairro _____, no município
Nome do logradouro
de _____, CEP _____, telefone _____ como meu
Município/UF CEP da residência Telefone de contato
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência
Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: _____
- Motivo da necessidade de representante:
 - Impossibilidade física
 - Município de residência diverso ao da farmácia
 - Incompatibilidade de horário
 - Outro. Especifique: _____
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente ou responsável

Eu, _____, tendo sido instituído como REPRESENTANTE
Nome do representante
do paciente _____, conforme descrição acima referida,
Nome do paciente
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão,
nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar
todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: ____/____/____

Assinatura do representante