



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
DEPARTAMENTO-GERAL DO PESSOAL
(Diretoria Geral do Pessoal/1860)
DIRETORIA DE SAÚDE

DIEx nº 54-Sdir_Tec/D Sau
EB: 64485.002374/2017-01

Brasília, DF, 6 de março de 2017.

Do Vice-Chefe do Departamento-Geral do Pessoal
Ao Sr Comandante da 1ª, 2ª, 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 12ª Região Militar
Assunto: Fornecimento de Medicamento de Custo Elevado
Referências: a) DIEx nº 66-SCG/Sdir_ApSau/D Sau, de 1º FEV 17: e
b) Portaria Nº 139-DGP, de 07 de Julho de 2015..

Anexo: DECLARAÇÃO NEGATIVA SUS

1. Expediente versando sobre fornecimento de Medicamento de Custo Elevado aos beneficiários do Fundo de Saúde do Exército (Portaria nº 139-DGP, de 07 de julho de 2015)..

2. Considerando as constantes demandas de orientação realizadas por usuários do FUSEx, oriundos de variadas Regiões Militares, relacionadas à dificuldade de acesso à declaração por escrito do órgão público de saúde local, previsto no Art 13, parágrafo 5º, do inciso VI da Portaria referenciada, este Departamento, ouvida a Diretoria de Saúde, orienta sobre conduta a ser seguida, conforme abaixo:

a. O beneficiário, quando da negativa de fornecimento de declaração por parte de unidade de saúde do SUS, deverá redigir uma declaração informando a situação, conforme modelo anexo, assinando, datando e responsabilizando-se pelas veracidade das informações contidas no referido documento.

b. Em seguida, o beneficiário realizará a solicitação do(s) medicamento(s) em questão, apresentando na UG/FUSEx todos os documentos pertinentes ao referido processo, inclusive a declaração anteriormente citada.

Gen Div HUMBERTO FRANCISCO MADEIRA MASCARENHAS
Vice-Chefe do Departamento-Geral do Pessoal

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
(*beneficiário titular / procurador*) _____,
Identidade _____, CPF _____,
PREC-CP _____,
residente na _____, n° _____,
complemento _____, cidade de _____,
declaro para fins de solicitação do Medicamento de Custo
Elevado _____,
apresentação _____, de acordo com a Portaria n°
139-DGP, de 07 de Julho de 2015, junto ao
(*UG FUSEx*) _____, que solicitei o
fornecimento do referido medicamento na Unidade de Saúde
_____, situada na Rua _____,
Bairro _____, no dia _____ tendo sido
atendida pelo servidor _____,
e que o mesmo informou que:

- Não existe tal medicamento para fornecimento a usuários do SUS;
- Não existe disponibilidade atualmente em estoque para fornecimento do medicamento;
- outra _____
e se recusou a fornecer tal informação por escrito.

Declaro, ainda que as informações acima são verdadeiras.

LOCAL e DATA

ASSINATURA

Nome do beneficiário titular ou procurador