

**PRODUTOS PARA SAÚDE
PROPOSTA**

() INCLUSÃO () EXCLUSÃO () ALTERAÇÃO

DADOS DO PROPONENTE:

Nome: _____

Cargo/função: _____

Unidade em que atua: _____

Endereço eletrônico: _____

Telefone celular: _____

1. Nome (Deve ser informado o nome mais conhecido no mercado ou indicar mais de um nome): _____

2. Unidade de fornecimento: _____
3. Descrição do Material (Incluindo o tipo de material em que o produto é fabricado, tamanho, gramatura, comprimento, etc.): _____

4. Aplicação (para que o material será utilizado): _____

5. Registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária: _____
6. CATMAT Ministério da Saúde: _____
7. Previsão de consumo mensal: _____
8. Empresas fabricantes (no mínimo três):
 - 8.1. _____
 - 8.2. _____
 - 8.3. _____
9. Justificativa terapêutica para inclusão/exclusão/alteração: _____

10. Vantagens do material em relação ao item padronizado e/ou outros itens existentes no mercado (para inclusão): _____

11. Desvantagens sobre o item padronizado e/ou outros existentes no mercado (para exclusão): _____

12. Relacionar, no mínimo, 3 (três) referências bibliográficas idôneas (Autor; Título do artigo; nome da Revista Ano/volume) em que constem ensaios clínicos e a eficácia do produto, dos últimos 05 (cinco) anos, cuja INCLUSÃO está sendo solicitada.

12.1. _____

12.2. _____

12.3. _____

13. Relacionar, no mínimo, 3 (três) referências bibliográficas idôneas (Autor; Título do artigo; nome da Revista Ano/volume), dos últimos 05 (cinco) anos, em que constem respaldos científicos que justifiquem a EXCLUSÃO do item solicitado.

13.1. _____

13.2. _____

13.3. _____

14. Resumo de estudo farmacoeconômico (anexar) comparado (para alteração):

() Declaro total ausência de conflito de interesses com a indústria farmacêutica e de equipamentos.

Manaus/AM, _____ de _____ de 20____

Assinatura: _____