

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos

(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Dislipidemias**CID 10:** E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8**1. Medicamentos**

- Atorvastatina 10mg, 20mg e 40mg (por comprimido)
- Ciprofibrato 100 mg (por comprimido)

2. Documentos Necessários:**2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):**

- () Carteira de Identidade (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- () Comprovante de Residência com CEP

Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:

- **Declaração Autorizadora** + RG e CPF do representante

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):**Solicitação Inicial:**

- () **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- () **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**, descrição clínica detalhada dos sinais e sintoma, tratamento prévios (farmacológicos e não farmacológicos) e relato de doenças existentes;
- () **Escore de risco absoluto de Framingham**;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

Renovação (a cada seis meses):

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial:
<p>(<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de Triglicerídeos (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de ALT (TGP) (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de AST (TGO) (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de TSH (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de Colesterol Total (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de HDL (Colesterol) (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de LDL (Colesterol) (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p>
<p>O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou interromper o tratamento.</p>
<p>Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo avaliador.</p>

Para Adequação e/ou Renovação (a cada seis meses):
<p>(<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de Triglicerídeos; (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de ALT (TGP); (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de AST (TGO); (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de Creatinofosfoquinase (CPK) (<input type="checkbox"/>) Cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil</p>

3. Serviços de Referência:

<p>Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada em que atendam a especialidade correspondente à patologia regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.</p>
--

4. Para receber os medicamentos:

<p>O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:</p> <ul style="list-style-type: none">● Documento de identificação com foto● Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.● Cartão do usuário
--

5. Observações:



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

- 5.1. A resposta à Solicitação será emitida **em até 20 (vinte) dias úteis**.
- 5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente.
- 5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta nº 8, de 30 de julho de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento das **Dislipidemias: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite**.
- 5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.
- 5.5. Apresentar a cópia do exame de B-HCG sérico para mulheres em idade fértil, **mensalmente - Atorvastatina e Ciprofibrato**.

6. Atenção à Validade dos Exames:

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**.
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**.