

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA

CID 10: D81.0; D81.1; D81.2; D81.3; D81.4; D81.5; D81.6; D81.7; D81.8; D82.0; D82.1

1. Medicamentos

- Imunoglobulina humana 5 g - injetável frasco-ampola.

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

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:

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**, detalhado a descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;
- () **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

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **rede Privada** que atendam a **especialidade correspondente à patologia** regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto
- Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário



TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

5. Observações:

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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 12, de 03 de agosto de 2020 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Imunodeficiência Primária**.

5.4. Levar caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira

5.5. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

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**

SECRETARIA DE ESTADO
DA SAÚDE



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**Farmácia
Especializada da Paraíba**

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657