



**Contato:(83)99114-0673(83)99118-8691(83)99185-2657**

**Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos**  
(Última revisão:01/05/2026)

**PCDT:**Síndromes Coronarianas Agudas

**CID-10:**I20.0|I20.1|I21.0|I21.1|I21.2|I21.3|I21.4|I21.9|I22.0|I22.1|I22.8|I22.9|I23.0|I23.1|I23.2 |  
I23.3 | I23.4 | I23.5 | I23.6 | I23.8 | I24.0 | I24.8 | I24.9

**1. Medicamentos Disponíveis:**

- Clopidogrel 75mg (por comprimido)

**2. Documentos Necessários:**

**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**

**Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):**

**Solicitação Inicial:**

- ( ) **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 do diagnóstico, dos sinais e sintomas, e dos tratamentos prévios aos quais o paciente foi submetido, informar a ocorrência de infarto agudo do miocárdio e hipersensibilidade ou intolerância gastrointestinal ao **ácido acetilsalicílico**;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

**Renovação e Adequação:**

- LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Prescrição médica, com posologia para 1 mês de tratamento;



**Contato:(83)99114-0673(83)99118-8691(83)99185-2657**

- Descrição clínica detalhada dos sinais,sintomas e tratamentos prévios.

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que estejam regularizadas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). **Não há necessidade de especialidade médica para esta Patologia.**

### 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
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº344,de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

### 5. Observações:

A resposta à Solicitação será emitida em **até 20(vinte) dias úteis;**

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;

Regras estabelecidas pela Portaria de Consolidação nº.6,de 28/09/2017 e Portaria SAS/MS nº2.994- 13 de dezembro de 2011que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de **Síndromes Coronarianas Agudas.**

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**