



**FARMÁCIA DE MINAS**  
**ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SOLICITAÇÃO DE**  
**INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA**

- ✓ O Sr(a). deverá providenciar todos os itens indicados na “Relação de documentos e exames para solicitação de medicamentos”.
- ✓ De posse de todos os documentos necessários, o Sr(a). ou seu representante deve dirigir-se à farmácia de seu município.
- ✓ A SES-MG estima um prazo médio de 30 dias para avaliação de sua solicitação.
- ✓ Acompanhe a situação da análise de sua solicitação acessando o Portal MG (<https://cidadao.mg.gov.br>), ou por meio do aplicativo MG-App em seu celular.
- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

### INSULINA ANÁLOGA DE AÇÃO RÁPIDA (DIABETES MELLITUS TIPO 1)

#### DOCUMENTOS PESSOAIS A SEREM APRESENTADOS

- Cópia da Carteira de Identidade (ou Documento de Identificação com foto)
- Cópia do Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do Comprovante de Residência

#### DOCUMENTOS A SEREM EMITIDOS PELO MÉDICO

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica (conforme Denominação Comum Brasileira)

##### → RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica (conforme Denominação Comum Brasileira)

#### EXAMES

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

Não se aplica

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

\_\_\_\_\_  
NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA



Checklist elaborado de acordo com as orientações dispostas na NOTA TÉCNICA Nº 301/2020-CGAFB/DAF/SCTIE/MS e reiteradas pela NOTA TÉCNICA Nº 553/2021-CGCEAF/DAF/SCTIE/MS.

**VÁLIDO PARA SOLICITAÇÕES FEITAS ATÉ O DIA 30/09/2021.**



## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES \_\_\_\_\_ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante \_\_\_\_\_

3- Nome completo do Paciente\* \_\_\_\_\_ 5- Peso do paciente\* \_\_\_\_\_ kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* \_\_\_\_\_ 6- Altura do paciente\* \_\_\_\_\_ cm

7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1						
2						
3						
4						
5						
6						

9- CID-10\* \_\_\_\_\_ 10- Diagnóstico \_\_\_\_\_

11- Anamnese\* \_\_\_\_\_

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

NÃO  SIM. Relatar: \_\_\_\_\_

13- **Atestado de capacidade\***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento \_\_\_\_\_

Nome do responsável \_\_\_\_\_

14- Nome do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 16- Data da solicitação\* \_\_\_\_\_

18 - **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante

Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\* \_\_\_\_\_

Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
 Parda  Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente \_\_\_\_\_

21- Número do documento do paciente \_\_\_\_\_

CPF ou  CNS \_\_\_\_\_

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

\*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



## REQUERIMENTO DE MEDICAMENTO(S) DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

NOME COMPLETO DO PACIENTE:	
CPF:	TELEFONES(S) PARA CONTATO:

Campos de informações pessoais.

PREENCHIMENTO PELO MUNICÍPIO	
MUNICÍPIO:	TELEFONE PARA CONTATO:
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	

Campos a serem preenchidos quando os documentos são entregues nas Unidades de Saúde da SMS.

PREENCHIMENTO PELA UNIDADE SOLICITANTE	
UNIDADE SOLICITANTE:	TELEFONE PARA CONTATO:
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:	

Campos a serem preenchidos pelas Unidades Regionais de Saúde (URS)/SES-MG ou estabelecimentos credenciados.

<input type="checkbox"/> Li e concordo com todas as informações apresentadas no Termo de Adesão.	
DATA:	LOCAL:
<hr/> ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL	

Campos a serem preenchidos pelo usuário.

SEI Nº:	
URS REFERENTE AO MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA DO USUÁRIO:	