



**FARMÁCIA DE MINAS**  
**ORIENTAÇÕES BÁSICAS PARA SOLICITAÇÃO DE**  
**MEDICAMENTOS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO**

- ✓ O Sr(a). deverá providenciar todos os itens indicados na “Relação de documentos e exames para solicitação de medicamentos”.
- ✓ Observe que alguns deles devem ser preenchidos e assinados pelo seu médico:
  - Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos (LME);
  - Prescrição médica;
  - Relatório médico e/ou Formulário Específico; e
  - Termo de Conhecimento de Risco (se houver) e/ou Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (se houver).
- ✓ De posse de todos os documentos necessários, o Sr(a). ou seu representante deve dirigir-se à Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) de sua regional de saúde, ou 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.

**ATENÇÃO:** Se o Sr(a). reside em um dos municípios pertencentes à Regional de Saúde de Belo Horizonte, deverá agendar o atendimento via internet para protocolar sua solicitação de medicamentos.

Acesse o Portal MG (<http://mg.gov.br>) → Cidadão →  
Agendamento online → Solicitação de Medicamento  
Especializado

- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



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

### DISLIPIDEMIA

#### 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	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF</li><li><input type="checkbox"/> Prescrição Médica</li><li><input type="checkbox"/> Escore de Risco Absoluto de Framingham</li><li><input type="checkbox"/> Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar - OMS</li><li><input type="checkbox"/> Relatório Médico constando:<ul style="list-style-type: none"><li>• Data, Identificação do médico e do paciente</li><li>• Diagnóstico</li><li>• Indicação de medicamento e tempo de tratamento</li><li>• Características clínicas e evolução da doença</li><li>• Tratamentos prévios e outras informações pertinentes</li><li>• Informação de dois métodos contraceptivos em uso pela paciente para mulheres com menos de 55 anos (Port. SAS/MS nº 200/2013)</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF</li><li><input type="checkbox"/> Prescrição Médica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF</li><li><input type="checkbox"/> Prescrição Médica</li><li><input type="checkbox"/> Escore de Risco Absoluto de Framingham</li><li><input type="checkbox"/> Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar - OMS</li><li><input type="checkbox"/> Relatório Médico constando:<ul style="list-style-type: none"><li>• Data, Identificação do médico e do paciente</li><li>• Diagnóstico</li><li>• Indicação de medicamento e tempo de tratamento</li><li>• Características clínicas e evolução da doença</li><li>• Tratamentos prévios e outras informações pertinentes</li><li>• Informação de dois métodos contraceptivos em uso pela paciente para mulheres com menos de 55 anos (Port. SAS/MS nº 200/2013)</li></ul></li></ul>

### EXAMES

#### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Colesterol total e frações (Validade 3 meses)
- Triglicérides (Validade 3 meses)
- Creatinofosfoquinase (CPK) (Validade 3 meses)
- β-HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)
- TSH (Validade 3 meses)
- Tempo de Protrombina (Validade 3 meses)
- Bilirrubina total, direta e indireta (Validade 3 meses)

#### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Não se aplica

#### → REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO

- Colesterol total e frações (Validade 3 meses)
- Triglicérides (Validade 3 meses)
- Creatinofosfoquinase (CPK) (Validade 3 meses)
- β-HCG para mulheres em idade fértil (Validade 15 dias)
- TGO/AST e TGP/ALT (Validade 3 meses)

### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

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





## ESCORE DE RISCO ABSOLUTO DE FRAMINGHAM

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA/CARIMBO: \_\_\_\_\_

Escore de risco de Framingham											
Homens						Mulheres					
Idade		Pontos				Idade		Pontos			
20-34		-9				20-34		-7			
35-39		-4				35-39		-3			
40-44		0				40-44		0			
45-49		3				45-49		3			
50-54		6				50-54		6			
55-59		8				55-59		8			
60-64		10				60-64		10			
65-69		11				65-69		12			
70-74		12				70-74		14			
75-79		13				75-79		16			
Colesterol Total mg/dL	idade	idade	idade	idade	idade	Colesterol Total mg/dL	idade	idade	idade	idade	idade
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Até 160	0	0	0	0	0	Até 160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0	160-199	4	3	2	1	1
200-239	7	5	3	1	0	200-239	8	6	4	2	1
240-279	9	6	4	2	1	240-279	11	8	5	3	2
280 ou mais	11	8	5	3	1	280 ou mais	13	10	7	4	2
Fumo	idade	idade	idade	idade	idade	Fumo	idade	idade	idade	idade	idade
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79		20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não	0	0	0	0	0	Não	0	0	0	0	0
Sim	8	5	3	1	1	Sim	9	7	4	2	1
HDL colesterol (mg/dL)			Pontos			HDL colesterol (mg/dL)			Pontos		
60 ou mais			-1			60 ou mais			-1		
50-59			0			50-59			0		
40-49			1			40-49			1		
menos de 40			2			menos de 40			2		
PA (sist. mm Hg)			não tratada	tratada		PA (sist. mm Hg)			não tratada	tratada	
menor 120			0			menor 120			0		
120-129			0		1	120-129			1		
130-139			1		2	130-139			2		
140-159			1		2	140-159			3		
160 ou maior			2		3	160 ou maior			4		
Total de pontos		Risco absoluto em 10 anos (%)				Total de pontos		Risco absoluto em 10 anos (%)			
menos de 0		Menos de 1				Menos de 9		Menos de 0			
0		1				9		1			
1		1				10		1			
2		1				11		1			
3		1				12		1			
4		1				13		2			
5		2				14		2			
6		2				15		3			
7		3				16		4			
8		4				17		5			
9		5				18		6			
10		6				19		8			
11		8				20		11			
12		10				21		14			
13		12				22		17			
14		16				23		22			
15		20				24		27			
16		25				25 ou mais		30 ou mais			
17 ou mais		30 ou mais									



## CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR (OMS)

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO: \_\_\_\_\_ ASSINATURA/CARIMBO: \_\_\_\_\_

Critérios Diagnósticos de Hipercolesterolemia Familiar (OMS)	
Critérios	Pontos
<b>História familiar</b>	
Familiar de primeiro grau com doença aterosclerótica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	1
Familiar de primeiro grau com LDL-C acima do percentil 95	
Familiar de primeiro grau com xantoma tendinoso quarco córneo Criança (menores de 18 anos) com LDL-C acima do percentil 95	2
<b>História clínica</b>	
Paciente com doença arterial coronariana prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	2
Paciente com doença arterial cerebral ou periférica prematura (homens com menos de 55 anos e mulheres com menos de 60 anos)	1
<b>Exame físico</b>	
Xantoma tendinoso	6
Arco córneo antes dos 45 anos	4
<b>Exames laboratoriais</b>	
LDL-C maiores ou iguais a 330 mg/dl	8
LDL-C entre 250 e 329 mg/dl	5
LDL-C entre 190 e 249 mg/dl	3
LDL-C entre 155 e 189 mg/dl	1
Mutação genética presente	8
<b>TOTAL DE PONTOS</b>	

Diagnóstico de hipercolesterolemia familiar é	
Definitivo com	Mais de 8 pontos
Provável com	6-8 pontos
Possível com	3-5 pontos

(Apêndice da Port. SAS/MS nº 200/2013)

**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:	



## TERMO DE ADESÃO

Estou ciente que esta solicitação foi cadastrada no programa de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e que será emitido parecer pela equipe de analistas da SES/MG podendo ser **DEFERIDO**, **INDEFERIDO** ou **DEVOLVIDO** de acordo como os critérios estabelecidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, nas Portarias e nas Resoluções Estaduais.

Atesto ter sido esclarecido sobre os normas do programa do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, sendo:

- Para a renovação da continuidade do tratamento é obrigatório ao paciente apresentar LME e prescrição a cada 180 dias;
- Caso a solicitação necessite de reavaliação periódica, encaminhar a documentação necessária à farmácia para continuidade do tratamento e atendimento (LME, prescrição e documentos de monitoramento). Caso o paciente não a apresente, o fornecimento do medicamento poderá ser suspenso;
- Para medicamentos sujeitos a controle especial, apresentar nova prescrição médica mensalmente;
- Será considerada interrupção ou abandono de tratamento, quando o paciente, responsável ou representante não retirar o medicamento por 6 meses consecutivos, sem justificativa médica prévia;
- Se configurado abandono ou interrupção de tratamento, para ser inserido novamente no CEAF o paciente deverá fazer nova solicitação de medicamentos;
- Caso o tratamento tenha que ser suspenso, deve-se apresentar relatório médico com o motivo da suspensão, e ao retorno LME e prescrição;
- Caso o paciente não possa comparecer à farmácia para retirar o medicamento, deverá indicar os representantes por meio da Declaração Autorizadora;
- Todos os documentos relativos às solicitações de medicamento(s), uma vez protocolados, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saúde. Caso necessário, o usuário/representante poderá solicitar cópias dos mesmos.

Nome do paciente:	
Data do protocolo:	Nº do protocolo:
_____ ASSINATURA DO(A) RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	
Medicamentos solicitados:	
Observações:	