



**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.
- ✓ Baixe o Aplicativo MG-App em seu celular e acompanhe a situação da análise de sua solicitação. Você também poderá acessar o Portal MG (<https://cidadao.mg.gov.br>).
- ✓ Em caso de dúvidas, procure o farmacêutico de sua regional ou de seu município.



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

### HIOPARATIREOIDISMO PÓS-PROCEDIMENTO

#### 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
- Sumário de Alta Hospitalar
- Relatório Médico constando:
  - Data
  - Identificação do médico e do paciente
  - Diagnóstico
  - Indicação de medicamento e tempo de tratamento
  - Características clínicas e evolução da doença
  - Tratamentos prévios e outras informações pertinentes

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

- LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- Prescrição Médica

#### EXAMES

##### → SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- Cálcio (Validade 3 meses)\*
- PTH (Validade 6 meses)\*
- Albumina (Validade 3 meses)\*
- Magnésio (Validade 3 meses)\*

\* Os exames devem ser realizados após o procedimento cirúrgico.

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:

LOCAL:

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





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

## 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*                            |        |                          |        |   |        |
| 4- Nome da Mãe do Paciente*   |                 | 6- Altura do paciente*                          |        |                          |        |   |        |
|   |                 | kg  |        |                          |        |   |        |
|   |                 | 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?*   |                 |   |        |                          |        |   |        |
| <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:   |                 |   |        |                          |        |   |        |
| 13- <b>Atestado de capacidade*</b>  |                 |   |        |                          |        |   |        |
| 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? |                 |   |        |                          |        |   |        |
| <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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 - <b>CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*</b> : <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante                        |                 |   |        |                          |        |   |        |
| <input type="checkbox"/> Outro, informar nome: _____ e CPF _____  |                 |   |        |                          |        |   |        |
| 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*  |                 |   |        |                          |        | 20- Telefone(s) para contato do paciente          |        |
| <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela  |                 |   |        |                          |        |   |        |
| <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____   |                 |   |        |                          |        |   |        |
| <input type="checkbox"/> Parda  |                 |   |        |                          |        |   |        |
| 21- Número do documento do paciente   |                 |   |        |                          |        | 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* |        |
| <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS  |                 |   |        |                          |        |   |        |
| 22- Correio eletrônico do paciente  |                 |   |        |                          |        |   |        |

\*CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



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

| CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL NA FARMÁCIA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)  |  |
|---|--|
| UNIDADE SOLICITANTE (CAF OU MUNICÍPIO):   | CAF DE REFERÊNCIA DO MUNICÍPIO (SE HOVER): |
| NOME CIVIL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:   |  |
| NOME SOCIAL COMPLETO DO(A) PACIENTE SOLICITANTE:  |  |
| CPF:  | TELEFONE(S) PARA CONTATO:                  |
| MEDICAMENTO(S) SOLICITADO(S):   |  |
| DATA DE APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS:<br><br>_____ / _____ / _____   |  |
| NÚMERO DO PROCESSO SEI:<br><br>(OBSERVAÇÃO: PARA PACIENTES JÁ CADASTRADOS NO PROGRAMA, OS NOVOS DOCUMENTOS APRESENTADOS DEVEM SER SEMPRE INSERIDOS NO PROCESSO SEI EXISTENTE, CASO REFERENTES À MESMA CONDIÇÃO CLÍNICA/CHECKLIST) |  |
| NÚMERO DO PROCESSO SIGAF:   |  |
| OBSERVAÇÕES:  |  |
| _____<br>NOME LEGÍVEL DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEAF  |  |

| CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO USUÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)   |
|---|
| Eu _____ declaro que li e concordo com todas as informações apresentadas no Termo de Adesão sobre a solicitação de medicamentos do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica.<br><br>_____<br>ASSINATURA DO(A) PACIENTE OU RESPONSÁVEL |



## TERMO DE ADESÃO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF

Esse documento tem por objetivo registrar a entrega dos documentos para a solicitação de medicamentos e traz algumas informações úteis ao paciente

### O que esse documento indica?

Que seu pedido por um medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica foi registrado.

### Quais são os próximos passos?

Seus documentos serão analisados pela equipe de analistas da Secretaria de Saúde de Minas Gerais com base no definido em regras estaduais e federais (Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde, Portarias e Resoluções Estaduais).

Após isso, um documento será produzido com a resposta ao seu pedido, que poderá ser:

- **DEFERIDO:** não existiam erros no seu pedido e por isso ele foi aceito. Será possível iniciar o tratamento, desde que tenha disponibilidade do medicamento na farmácia.
- **DEVOLVIDO:** faltam exames, documentos ou informações no seu pedido e por isso ele precisa ser completado. É preciso que os documentos faltantes sejam entregues em até 90 dias.
- **INDEFERIDO:** seu pedido não obedece às regras estaduais e federais para conseguir o medicamento. Veja o motivo do indeferimento na resposta e leve o documento ao médico.

### Como saber o resultado do meu pedido?

Você pode descobrir o resultado pelo MG APP. Para isso, faça o cadastro no aplicativo, acesse o menu, em seguida vá em “Saúde”, depois “Consulta do Andamento da Solicitação de Medicamentos”. Então insira seus dados e selecione o medicamento que gostaria de consultar.

### E em caso de dúvidas?

Em caso de dúvidas, acesse a página [www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf](http://www.saude.mg.gov.br/obtermedicamentosceaf).

### Se o pedido for DEFERIDO, o que mais preciso saber?

- A cada 180 dias (6 meses) é necessário entregar novo Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de medicamentos (LME) e nova receita médica para garantir a continuidade do tratamento;
- Caso o pedido pelo medicamento precise de reavaliação periódica, é necessário entregar novas documentações (LME, receita médica e outros documentos) à farmácia, de tempos em tempos, para continuidade do tratamento. Caso os novos documentos não sejam entregues, o fornecimento do medicamento poderá ser interrompido;
- Para medicamentos sujeitos a controle especial, será necessário entregar nova receita médica mensalmente;
- Caso o medicamento não seja retirado por 6 meses contínuos, sem uma explicação médica anterior a paralisação, será considerado que houve interrupção ou abandono de tratamento e o pedido será INATIVADO. Nesses casos, para conseguir novamente o medicamento, o paciente deverá fazer um novo pedido;
- Caso o tratamento precise ser paralisado por questões médicas, é necessário entregar relatório médico com o motivo da suspensão antes da próxima data de retirada do medicamento. Além disso, quando for necessário reiniciar o tratamento, será preciso entregar nova LME e receita médica;
- 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 feito o pedido, passam a pertencer à Secretaria Estadual de Saúde. Caso necessário, o usuário/representante poderá solicitar cópias deles.*

### REGISTRO DA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO

|   |   |   |                       |
|---|---|---|-----------------------|
| Nome civil do paciente:   |   |   |                       |
| Nome social do paciente:  |   |   |                       |
| Data da solicitação:  | / | / | Nº do Processo SIGAF: |
| Medicamentos solicitados:   |   |   |                       |
| Observações:  |   |   |                       |
| Assinatura do(a) profissional responsável pelo recebimento da solicitação |   |   |                       |