



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>).

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 Aplicativo MG App → Saúde → Solicitar
Medicamentos → Agendar abertura de solicitação de
medicamento especializado (Regional de BH)**

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



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

SÍNDROME DE TURNER

Medicamentos com restrição de idade:

Somatropina - Idade mínima: 2 anos

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**
- ☐ **Formulário Específico:** Síndrome de Turner - Solicitação Inicial

→ RENOVAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- ☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
- ☐ **Prescrição Médica**
- ☐ **Formulário Específico:** Síndrome de Turner - Monitoramento do Tratamento

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- ☐ Cariótipo (Último exame realizado)
- ☐ Glicemia (Validade 6 meses)
- ☐ TSH (Validade 6 meses)
- ☐ T4 (Validade 6 meses)

→ MONITORIZAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)

- ☐ Laudo de RX de punho e mão esquerda (Apresentar novo exame a cada 12 meses)
- ☐ IGF1 (Apresentar novo exame a cada 12 meses)
- ☐ TSH (Apresentar novo exame a cada 12 meses)
- ☐ T4 (Apresentar novo exame a cada 12 meses)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Necessário apresentar Receita de Controle Especial (branca) a cada dispensação.

DATA:

LOCAL:

NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA





FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE TURNER SOLICITAÇÃO INICIAL

1	NOME CIVIL DO(A) PACIENTE: _____ NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE: _____
2	DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____
3	ASSINALAR O CARIÓTIPO: ☐ 45X; 45X/46XX OU 45X/46XY ☐ 45X/46X + anel ou marcador; 45X com virilização
4	SE CARIÓTIPO 45X/46X + ANEL OU MARCADOR; 45X COM VIRILIZAÇÃO, REALIZOU PCR PARA CROMOSSOMO Y PARA AFASTAR RISCO DE GONADOBLASTOMA? ☐ SIM ☐ NÃO Justifique: _____ _____ _____ _____
5	PESO ATUAL: _____ kg ALTURA ATUAL: _____ cm
6	IDADE CRONOLÓGICA: _____ IDADE ÓSSEA: _____
7	PRESSÃO ARTERIAL CONTROLADA? ☐ SIM ☐ NÃO
8	PERCENTIL DA ALTURA: _____ (Escala OMS até 5 anos; Acima de 5 anos escala NCHS) Peso por Idade MENINAS Do nascimento aos 5 anos (percentis) Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (http://www.who.int/childgrowth/en/)



9	MARQUE SE O PACIENTE POSSUI ALGUMA DAS COMORBIDADES ABAIXO: ☐ Doença neoplásica maligna ativa; ☐ Anomalias congênitas renais e cardiovasculares graves não corrigidas, que causam instabilidade clínica ou necessidade de internação hospitalar e intervenção cirúrgica; ☐ Doença aguda grave, isto é, que necessite internação e tratamento parenteral ou nada por via oral (npo) ou tratamento em unidade de terapia intensiva (uti); ☐ Hipertensão intracraniana benigna; ☐ Retinopatia diabética proliferativa ou pré proliferativa; ☐ Possibilidade de malformações cardíacas.
10	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____
11	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico

Atualizado em 04/11/2025

CONFORME PORTARIA CONJUNTA Nº 15, DE 01 DE AGOSTO DE 2025: “A MAIORIA DAS PACIENTES COM SÍNDROME DE TURNER NECESSITAM DE INDUÇÃO DE PUBERDADE COM TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE ESTRÓGENO E PROGESTERONA PARA ALCANÇAR A TELARCA, MATURAÇÃO UTERINA E PICO DE MASSA ÓSSEA. ”

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(A) paciente vai utilizar _____ UI de Somatropina _____ UI/Frasco, que equivale a _____ mL ou _____ unidades na seringa de insulina, _____ vezes por semana.

Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

Volume a ser aplicado em mL = $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$



FORMULÁRIO ESPECÍFICO – SÍNDROME DE TURNER MONITORAMENTO DO TRATAMENTO

1	NOME DO PACIENTE: _____																
2	DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: _____																
3	DURANTE ESTA ÚLTIMA COTA DO GH, A MÉDIA DE VELOCIDADE DE CRESCIMENTO FOI DE: _____ CM/ ANO.																
4	DADOS DA ÚLTIMA CONSULTA: <table border="1"><thead><tr><th>DADOS</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>Idade Cronológica</td><td></td></tr><tr><td>Altura em cm</td><td></td></tr><tr><td>Idade óssea (anual)</td><td></td></tr><tr><td>Glicose (anual)</td><td></td></tr><tr><td>IGF-1 (anual)</td><td></td></tr><tr><td>TSH (anual)</td><td></td></tr><tr><td>Pressão arterial</td><td></td></tr></tbody></table> Tendo em vista os resultados acima obtidos, solicito a continuação do tratamento.	DADOS		Idade Cronológica		Altura em cm		Idade óssea (anual)		Glicose (anual)		IGF-1 (anual)		TSH (anual)		Pressão arterial	
DADOS																	
Idade Cronológica																	
Altura em cm																	
Idade óssea (anual)																	
Glicose (anual)																	
IGF-1 (anual)																	
TSH (anual)																	
Pressão arterial																	
5	OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES: _____ _____ _____																
6	Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas. Data de preenchimento: ____ / ____ / ____ Assinatura e carimbo: _____ Médico																

Atualizado em 26/02/2021

ORIENTAÇÕES AO PACIENTE PARA A APLICAÇÃO DE SOMATROPINA

O(A) paciente vai utilizar _____ UI de Somatropina _____ UI/Frasco, que equivale a _____ mL ou _____ unidades na seringa de insulina, _____ vezes por semana.

Recomendações para o cálculo do volume a ser aplicado:

Volume a ser aplicado em mL = $\frac{\text{Volume total do frasco cheio em mL} \times \text{Quantidade de UI em cada aplicação}}{\text{Quantidade de UI total do frasco}}$



Sistema Único de Saúde

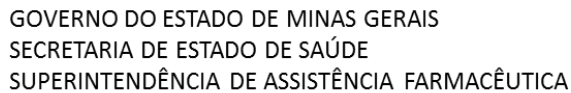
Ministério da Saúde

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* 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 ☐ Preta ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena. Informar Etnia: _____		20- Telefone(s) para contato do paciente					
21- Número do documento do paciente ☐ CPF ou ☐ CNS _____		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*					
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 HOUVER):
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: _____ / _____ / _____	
NÚMERO DO PROCESSO SEI: (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:	
NOME LEGÍVEL DO(A) PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA ABERTURA DO REQUERIMENTO DE MEDICAMENTOS DO CEAF	

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO USUÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)



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 180 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.

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			