



**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)

### AMILOIDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA

**Medicamentos com restrição de idade:**

**Tafamidis meglumina 20 mg** - Idade mínima: 18 anos

**Tafamidis 61 mg** - Idade mínima: 60 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 (Validade 90 dias)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA PARA NOVO MEDICAMENTO)
<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Amiloidoses Associadas à Transtirretina	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica	<input type="checkbox"/> LME - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF <input type="checkbox"/> Prescrição Médica <input type="checkbox"/> Formulário Específico: Amiloidoses Associadas à Transtirretina

#### EXAMES

**→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS**

- ☐ Teste Genético - sequenciamento completo do gene TTR (Último exame realizado)

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

**OU**

**→ REAVALIAÇÃO (TROCA PARA NOVO MEDICAMENTO): EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME NOVO MEDICAMENTO REQUERIDO)****Para Tafamidis Meglumina 20mg (CID-10 E851):**

- ☐ Laudo de Eletromiografia com estudos de condução nervosa (Último exame realizado)
- ☐ Laudo de Biopsia do órgão afetado com depósito amiloide (Caso tenha realizado)

**Para Tafamidis 61mg (CID-10 E850 ou E858):**

- ☐ Laudo de Eletrocardiograma (Último exame realizado)
- ☐ Laudo de Ecocardiografia Transtorácica (Último exame realizado)
- ☐ Dosagem de Troponina (Realizado na data de diagnóstico)

#### OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

**DATA:**

**LOCAL:**

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





## FORMULÁRIO ESPECÍFICO – AMILOIDOSES ASSOCIADAS À TRANSTIRRETINA

1	<b>NOME CIVIL DO(A) PACIENTE:</b> _____ <b>IDADE:</b> _____ <b>NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE:</b> _____																				
2	<b>HISTÓRIA CLÍNICA E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____																				
3	<b>SELECIONE O(S) QUADRO(S) CLÍNICO(S) APRESENTADO(S):</b> <input type="checkbox"/> Polineuropatia amiloide associada à transtirretina (ATTR-PN) <input type="checkbox"/> Cardiomiopatia amiloide associada à transtirretina (ATTR-CM)																				
4	<b>SELECIONE A CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA EM CONCORDÂNCIA COM COMPROMETIMENTO DA DOENÇA:</b>  <b>4.1 PARA PACIENTES COM ATTR-PN:</b> <table border="1"><thead><tr><th></th><th><b>Estágios de Coutinho</b></th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Estágio 0: Assintomático</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Estágio I (estágio inicial): neuropatia sensorial e motora limitada aos membros inferiores. Comprometimento motor leve. Deambulação sem auxílio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Estágio II (estágio intermediário): é necessário auxílio para marcha. A neuropatia progride para membros superiores e tronco. Amiotrofia em membros superiores e inferiores. Comprometimento motor moderado.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Estágio III (estágio avançado): estágio terminal, acamado ou em cadeira de rodas. Neuropatia sensorial, motora e autonômica grave em todos os membros.</td></tr></tbody></table> <b>4.2 PARA PACIENTES COM ATTR-CM:</b> <table border="1"><thead><tr><th></th><th><b>Classe NYHA</b></th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>I Sem limitações para realização de atividade física. Atividades habituais não causam dispneia, cansaço, palpitações.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>II Discreta limitação para realização de atividade física. Atividades habituais causam dispneia, cansaço, palpitações.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>III Importante limitação para realização de atividade física. Atividades de intensidades inferiores causam dispneia, cansaço, palpitações.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>IV Limitações para realização de qualquer atividade física. Sintomas de insuficiência cardíaca podem ocorrer em repouso.</td></tr></tbody></table>		<b>Estágios de Coutinho</b>	<input type="checkbox"/>	Estágio 0: Assintomático	<input type="checkbox"/>	Estágio I (estágio inicial): neuropatia sensorial e motora limitada aos membros inferiores. Comprometimento motor leve. Deambulação sem auxílio.	<input type="checkbox"/>	Estágio II (estágio intermediário): é necessário auxílio para marcha. A neuropatia progride para membros superiores e tronco. Amiotrofia em membros superiores e inferiores. Comprometimento motor moderado.	<input type="checkbox"/>	Estágio III (estágio avançado): estágio terminal, acamado ou em cadeira de rodas. Neuropatia sensorial, motora e autonômica grave em todos os membros.		<b>Classe NYHA</b>	<input type="checkbox"/>	I Sem limitações para realização de atividade física. Atividades habituais não causam dispneia, cansaço, palpitações.	<input type="checkbox"/>	II Discreta limitação para realização de atividade física. Atividades habituais causam dispneia, cansaço, palpitações.	<input type="checkbox"/>	III Importante limitação para realização de atividade física. Atividades de intensidades inferiores causam dispneia, cansaço, palpitações.	<input type="checkbox"/>	IV Limitações para realização de qualquer atividade física. Sintomas de insuficiência cardíaca podem ocorrer em repouso.
	<b>Estágios de Coutinho</b>																				
<input type="checkbox"/>	Estágio 0: Assintomático																				
<input type="checkbox"/>	Estágio I (estágio inicial): neuropatia sensorial e motora limitada aos membros inferiores. Comprometimento motor leve. Deambulação sem auxílio.																				
<input type="checkbox"/>	Estágio II (estágio intermediário): é necessário auxílio para marcha. A neuropatia progride para membros superiores e tronco. Amiotrofia em membros superiores e inferiores. Comprometimento motor moderado.																				
<input type="checkbox"/>	Estágio III (estágio avançado): estágio terminal, acamado ou em cadeira de rodas. Neuropatia sensorial, motora e autonômica grave em todos os membros.																				
	<b>Classe NYHA</b>																				
<input type="checkbox"/>	I Sem limitações para realização de atividade física. Atividades habituais não causam dispneia, cansaço, palpitações.																				
<input type="checkbox"/>	II Discreta limitação para realização de atividade física. Atividades habituais causam dispneia, cansaço, palpitações.																				
<input type="checkbox"/>	III Importante limitação para realização de atividade física. Atividades de intensidades inferiores causam dispneia, cansaço, palpitações.																				
<input type="checkbox"/>	IV Limitações para realização de qualquer atividade física. Sintomas de insuficiência cardíaca podem ocorrer em repouso.																				



<b>5</b>	<b>INFORMAR SE O PACIENTE APRESENTA ALGUMA(S) DAS CONDIÇÕES ABAIXO:</b>	
	Histórico familiar de neuropatia	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Disfunção autonômica precoce (disfunção erétil ou hipotensão postural)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Envolvimento cardíaco (cardiomiopatia, hipertrofia, bloqueio atrioventricular e arritmia)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Alterações gastrointestinais (diarreia, constipação com episódios de alternância e perda de peso inexplicada)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Síndrome do túnel do carpo bilateral	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Anormalidades renais	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Opacidade do vítreo	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Histórico familiar de neuropatia	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Insuficiência cardíaca de fração de ejeção preservada (ICFEp)	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Bloqueio atrioventricular inexplicado com implante prévio de marca-passo	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Miocardiopatia hipertrófica iniciada tardiamente com padrão assimétrico	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Estenose aórtica e pacientes idosos com baixo fluxo/baixo gradiente	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Estenose do canal vertebral ou ruptura do tendão do bíceps	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Polineuropatia sensorial-motora não explicada	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Disfunção autonômica, com hipotensão postural, diarreia pós-prandial alternando com constipação, disfunção erétil	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Alterações pupilares	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	História familiar de polineuropatia ou miocardiopatia	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Transplante hepático	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
	Gravidez	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>
Lactante	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Doença de Fabry	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
Doença de Pompe	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	
<b>6</b>	<b>EM CASO DE TROCA DE MEDICAMENTO, INFORMAR JUSTIFICATIVA DA CONDUTA TERAPÊUTICA:</b>	
	<hr/>	
	<hr/>	
	<hr/>	
	<hr/>	
<b>7</b>	<b>OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:</b>	
	<hr/>	
<b>8</b>	<b>Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.</b>	
	Data de preenchimento: ____ / ____ / ____	
	Assinatura e carimbo: _____	
		Médico



Sistema Único de Saúde

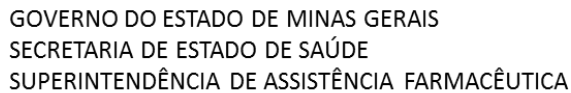
Ministério da Saúde

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				6- Altura do paciente* cm	
4- Nome da Mãe do Paciente*							
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:							
<b>13- Atestado de capacidade*</b>							
<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> NÃO    <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento</p> <p style="text-align: right;">Nome do responsável</p>							
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*							
<b>18 - 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**



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	

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.

\_\_\_\_\_

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 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](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			