



**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"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAf <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico: Amiloidoses Associadas à Transtirretina</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAf <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b>	<input type="checkbox"/> <b>LME</b> - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAf <input type="checkbox"/> <b>Prescrição Médica</b> <input type="checkbox"/> <b>Formulário Específico: Amiloidoses Associadas à Transtirretina</b>

#### 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:	
		 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde

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>SELEÇÃO O(S) QUADRO(S) CLÍNICO(S) APRESENTADO(S):</b> <input type="checkbox"/> Polineuropatia amiloide associada à transtirretina (ATTR-PN) <input type="checkbox"/> Cardiomiotropia amiloide associada à transtirretina (ATTR-CM)																				
4	<b>SELEÇÃO 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>Estágios de Coutinho</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>Classe NYHA</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>		Estágios de Coutinho	<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.		Classe NYHA	<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.
	Estágios de Coutinho																				
<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.																				
	Classe NYHA																				
<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.																				



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

4- Nome da Mãe do Paciente\*

6-Altura do paciente\*

kg cm

## 7- Medicamento(s)\*

## 8- Quantidade solicitada\*

1	2	3	4	5	6	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês

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 \_\_\_\_\_ Branca  
 Preta  
 Parda

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

Amarela

Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_

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\*



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

<b>CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL NA FARMÁCIA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)</b>	
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	
<b>CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELO USUÁRIO (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)</b>	
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			