GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

ASMA

Medicamentos com restrição de idade:

- **Benralizumabe** – idade mínima: 18 anos
- **Budesonida, Fenoterol** - Idade mínima: 4 anos
- **Formoterol, Formoterol + Budesonida** - Idade mínima: 6 anos
- **Mepolizumabe 100mg/ml** - Idade mínima: 12 anos
- **Omalizumabe** - Idade mínima: 6 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	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)	→ REAVALIAÇÃO (TROCA OU INCLUSÃO DE NOVO MEDICAMENTO)
☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF
☐ **Prescrição Médica**	☐ **Prescrição Médica**	☐ **Prescrição Médica**
☐ **Formulário Específico:** Asma		☐ **Formulário Específico:** Asma

EXAMES

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES GERAIS

- ☐ Espirometria com Prova Broncodilatadora (Último exame realizado)

→ SOLICITAÇÃO INICIAL: EXAMES ESPECÍFICOS CONFORME MEDICAMENTO REQUERIDO

Para Omalizumabe

☐ Teste Alérgico Cutâneo (Último exame realizado) ou Dosagem de IgE específica (último exame realizado)

☐ Dosagem de IgE sérica total (Último exame realizado)

☐ Registro do peso atual para avaliação da dose conforme tabela posológica do PCDT da Asma.

Para Mepolizumabe

- ☐ Hemograma com contagem absoluta de eosinófilos (Validade 3 meses)
- ☐ Para pacientes de 12 a 17 anos: Contagem de eosinófilos no escarro (Validade 3 meses)

Para Benralizumabe

☐ Hemograma com contagem absoluta de eosinófilos, realizado antes do início do imunobiológico.

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

Para Omalizumabe

- ☐ Teste Alérgico Cutâneo (Último exame realizado) ou Dosagem de IgE específica (último exame realizado)
- ☐ Dosagem de IgE sérica basal (Último exame realizado)
- ☐ Registro do peso atual para avaliação da dose conforme tabela posológica do PCDT da Asma.

Para Mepolizumabe

- ☐ Hemograma com contagem absoluta de eosinófilos (Validade 3 meses)
- ☐ Para pacientes de 12 a 17 anos: Contagem de eosinófilos no escarro (Validade 3 meses)

Para Benralizumabe

☐ Hemograma com contagem absoluta de eosinófilos, realizado antes do início do imunobiológico.

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO

Não se aplica

DATA:	LOCAL:	
_____ NOME LEGÍVEL DO RESPONSÁVEL PELA CONFERÊNCIA		SUS Sistema Único de Saúde

Atualizado em 13/11/2026

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – ASMA

1	**NOME CIVIL DO(A) PACIENTE**: _____ **NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE**: _____
2	**IDADE:** _____
3	**DIAGNÓSTICO:** **3.1 Descrever os achados clínicos relevantes para o diagnóstico e a avaliação da gravidade da asma:** _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ **3.2 Histórico de sintomas respiratórios compatíveis com asma:** ☐ Sibilância ☐ Dispneia/falta de ar ☐ Tosse ☐ Aperto/opressão torácica **Os sintomas:** ☐ Variam ao longo do tempo e em intensidade ☐ Pioram à noite ou pela manhã ☐ São desencadeados por exercício ☐ São desencadeados por alérgenos ☐ São desencadeados por ar frio/mudanças climáticas ☐ Pioram durante infecções virais **3.3 Confirmação de variabilidade do fluxo aéreo** ☐ Espirometria com resposta broncodilatadora positiva ☐ Variabilidade do pico de fluxo expiratório (PFE) ☐ Melhora da função pulmonar após tratamento com corticosteroide inalatório (CI) ☐ Teste de provocação brônquica positivo ☐ Variabilidade da função pulmonar entre consultas

3.4 Diagnóstico Diferencial:

Durante a avaliação diagnóstica da asma, foram identificadas outras condições clínicas relevantes?

☐ Não

☐ Sim. Assinalar a(s) condição(ões):

- ☐ Rinossinusite
- ☐ Doença do refluxo gastroesofágico
- ☐ DPOC
- ☐ Bronquiectasias
- ☐ Obstrução laríngea induzida
- ☐ Hiperventilação/respiração disfuncional
- ☐ Tuberculose pulmonar
- ☐ Insuficiência cardíaca
- ☐ Outras: _____

Se pertinente, esclarecer a influência da condição identificada na confirmação diagnóstica da asma:

_____

_____

Em crianças, considerar os diagnósticos diferenciais pertinentes à faixa etária, conforme PCDT da Asma vigente.

4. CLASSIFICAÇÃO DA GRAVIDADE, CONTROLE DA ASMA E HISTÓRICO DE EXACERBAÇÕES

4.1 Classificação Da Gravidade Da Asma (Figura 1 e 2 do PCDT):

- ☐ Asma leve
- ☐ Asma moderada
- ☐ Asma grave

Etapa atual do tratamento:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4.2 Controle Atual Da Asma (últimas 4 semanas)**:**

- ☐ Controlada
- ☐ Parcialmente controlada
- ☐ Não controlada

4.3 Histórico De Exacerbações Nos Últimos 12 Meses:

Número de exacerbações graves: _____

Número de cursos de corticoide oral: _____

Número de internações por asma: _____

5 TRATAMENTOS PRÉVIOS:

Informar os medicamentos utilizados, obrigatoriamente pela Denominação Comum Brasileira (DCB), com respectivas doses, posologias e tempo de tratamento.

☐ **Corticosteroide inalatório – CI (DCB):**

Dose diária total do CI: _____ mcg/dia

Posologia: _____

Tempo de uso: _____

☐ **Broncodilatador beta-2 agonista de longa ação – LABA (DCB)**

Dose e posologia: _____

Tempo de uso: _____

☐ **Associação CI + LABA (DCB):**

Dose e posologia: _____

Dose diária total do CI: _____ mcg/dia

Tempo de uso: _____

5.1 AVALIAÇÃO DO TRATAMENTO OTIMIZADO

Uso de CI em dose alta associado a LABA:

☐ Não ☐ Sim

Se sim: Tempo de tratamento com CI em dose alta + LABA: _____

Resposta ao tratamento otimizado: ☐ Controlado ☐ Parcialmente controlado ☐ Refratário

Adesão ao tratamento avaliada: ☐ Sim ☐ Não

Técnica inalatória avaliada: ☐ Sim ☐ Não

5.2 OUTROS TRATAMENTOS UTILIZADOS

☐ **Medicamento de resgate (DCB):**

Dose e posologia: _____

Frequência de utilização: _____

☐ **Corticosteroide oral (DCB):**

Forma de utilização:

☐ Cursos nas exacerbações ☐ Uso contínuo

Dose e duração: _____

☐ **Outros medicamentos (DCB):**

Dose e tempo de uso: _____

5.3 HISTÓRICO DE IMUNOBIOLÓGICOS

Utilizou imunobiológico anteriormente?

☐ Não ☐ Sim

Se sim: Qual? _____

Em caso de troca de imunobiológico, preencher também o item específico correspondente.

5.4 AVALIAÇÃO DA REFRATARIEDADE

A asma permanece não controlada apesar do tratamento otimizado?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, justificar a refratariedade ao tratamento:

_____

_____

_____

6 SOLICITAÇÃO DE IMUNOBIOLÓGICOS

A indicação dos imunobiológicos deverá atender aos critérios diagnósticos, clínicos e terapêuticos estabelecidos no PCDT da Asma vigente, mediante comprovação pela documentação apresentada. A presença de comorbidades respiratórias não substitui a comprovação dos critérios específicos de elegibilidade para o tratamento da asma.

6.1 Para Solicitação De OMALIZUMABE:

Informar se o(a) paciente apresenta as condições abaixo:

☐ Asma alérgica grave (fenótipo T2 alto), não controlada apesar do tratamento com CI em dose alta associado a LABA.

☐ Pelo menos uma exacerbação grave nos últimos 12 meses, com necessidade de curso de corticoide oral.

☐ Sensibilização alérgica comprovada por teste cutâneo ou IgE específica positiva para pelo menos um aeroalérgeno.

☐ IgE sérica total entre 30 e 1.500 UI/mL.

☐ Peso corporal entre 20 e 150 kg, com relação peso/IgE dentro dos limites da tabela posológica do PCDT.

Os critérios laboratoriais e a adequação posológica deverão ser comprovados pelos exames e documentos apresentados.

6.2 Para Solicitação De MEPOLIZUMABE:

Informar se o(a) paciente apresenta as condições abaixo:

☐ Idade igual ou superior a 6 anos.

☐ Asma eosinofílica grave (fenótipo T2 alto), refratária ao tratamento com CI em dose alta associado a LABA.

☐ Pelo menos uma exacerbação grave nos últimos 12 meses, com necessidade de curso de corticoide oral.

	Critério de eosinofilia: **Adultos (18 anos ou mais):** ☐ Eosinófilos sanguíneos ≥ 300 células/µL. ☐ Eosinófilos sanguíneos ≥ 150 células/µL, em uso contínuo de corticoide oral. **Crianças e adolescentes (6 a 17 anos):** ☐ Eosinófilos sanguíneos ≥ 150 células/µL. ☐ Eosinófilos no escarro ≥ 2%. *Comprovar o critério por exame laboratorial, conforme PCDT da Asma vigente.*
	6.3 Para Solicitação De <u>BENRALIZUMABE:</u> Informar se o(a) paciente apresenta as condições abaixo: ☐ Paciente adulto (idade igual ou superior a 18 anos). ☐ Asma eosinofílica grave refratária ao tratamento com CI em dose alta associado a LABA. ☐ Pelo menos uma exacerbação grave nos últimos 12 meses, com necessidade de curso de corticoide oral. Critério de eosinofilia: ☐ Eosinófilos sanguíneos ≥ 300 células/µL. ☐ Eosinófilos sanguíneos ≥ 150 células/µL, em uso contínuo de corticoide oral. *Comprovar o critério por exame laboratorial, conforme PCDT da Asma vigente.*
7	**TROCA DE IMUNOBIOLÓGICO** **Está sendo solicitada troca de imunobiológico?** ☐ Não ☐ Sim Imunobiológico anterior: _____ Data de início: ___/____/_____ Tempo total de tratamento: _____ **Resposta ao tratamento anterior:** ☐ Resposta adequada ☐ Resposta parcial ou incerta ☐ Ausência de resposta ☐ Perda de resposta terapêutica ☐ Evento adverso/intolerância **Justificativa clínica para a troca, considerando a resposta terapêutica e os critérios do PCDT:** _____ _____ _____ *Nos casos de troca por ausência de resposta, observar o período de avaliação e os critérios de interrupção previstos no PCDT da Asma vigente.*

8	**OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:** _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
9	**Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.** Data de preenchimento: _____ /_____ /_____ Assinatura e carimbo: _____ Médico

Atualizado em 13/11/2026

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*

4- Nome da Mãe do Paciente*

5- Peso do paciente* ____ kg

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*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

16- Data da solicitação*

17- Assinatura e carimbo do médico*

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

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**

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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)
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

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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