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).
- ✓ 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)

HIPERTENSÃO PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÔNICA (HPTEC)

Medicamentos com restrição de idade:
Riociguate - Idade mínima: 18 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

→ SOLICITAÇÃO INICIAL	→ RENOVAÇÃO DO TRATAMENTO (A CADA 6 MESES)
☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica** ☐ **Formulário Específico:** HPTEC **Observação:** Estes documentos devem ser preenchidos por médico de um Centro de Referência habilitado em Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG) conforme Resolução SES/MG N°8498/2022.	☐ **LME** - Laudo para Solicitação de Medicamentos do CEAF ☐ **Prescrição Médica** **Observação:** Estes documentos devem ser preenchidos por médico de um Centro de Referência habilitado em Hipertensão Pulmonar Tromboembólica Crônica pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG) conforme Resolução SES/MG N°8498/2022.

EXAMES
→ SOLICITAÇÃO: EXAMES GERAIS
☐ Cateterismo Cardíaco Direito com angiografia digital (Último exame realizado)
☐ Laudo de cintilografia pulmonar inalação/perfusão, ou angio-tomografia das artérias pulmonares, ou arteriografia pulmonar (Último exame realizado)
☐ Teste de Caminhada de seis minutos (Último exame realizado)

OBSERVAÇÕES PARA DISPENSAÇÃO
Não se aplica

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

Atualizado em 13/11/2026

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

FORMULÁRIO ESPECÍFICO – HPTEC

1	**NOME CIVIL DO(A) PACIENTE**: _____ **NOME SOCIAL DO(A) PACIENTE**: _____
2	**ASSINALAR INDICAÇÃO:** ☐ Paciente considerado tecnicamente inoperável ou com hipertensão pulmonar residual após tromboendarterectomia e/ou angioplastia pulmonar por balão. ☐ Paciente de risco alto que será submetido a Angioplastia Pulmonar por Balão (BPA) e/ou tromboendarterectomia (tratamento multimodal), como pré-tratamento.
3	**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EVOLUÇÃO DA DOENÇA:** _____ _____ _____ _____ _____ _____
4	**SOBRE CIRURGIA DE TROMBOENDARTERECTOMIA:** **4.1 PACIENTE JÁ REALIZOU O PROCEDIMENTO?** ☐ SIM ☐ NÃO **4.2 ESTÁ PREVISTO PARA PACIENTE REALIZAR O PROCEDIMENTO?** ☐ SIM ☐ NÃO **Se SIM, informar data prevista e relatar: _____** **_____** **_____** **4.3 PACIENTE TECNICAMENTE INOPERÁVEL?** ☐ SIM ☐ NÃO **Se SIM, apresentar relatório com parecer da equipe multidisciplinar do Centro de Referência em HPTEC (Pneumologista ou cardiologista + cirurgião com experiência em tromboendarterectomia) sobre a não operabilidade do caso.**
5	**CATETERISMO CARDÍACO DIREITO:** Data: ____ /____ /_____ ☐ PAPm: _____ ☐ RVP Wood: _____ PAPm: pressão arterial pulmonar média; RVP: resistência vascular pulmonar
6	**CLASSE FUNCIONAL (NYHA/WHO-FC):** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV
7	**PACIENTE REALIZOU pelo menos três meses de anticoagulação efetiva?** ☐ SIM ☐ NÃO

8 **ASSINALAR SE FOR O CASO:**

☐ Paciente de baixo risco considerado operável ou candidato à angioplastia pulmonar por balão;

☐ Paciente ainda não avaliado quanto à possibilidade cirúrgica (tromboendarterectomia) ou angioplastia pulmonar por balão;

☐ Paciente com disfunção hepática grave (classificada como Child Pugh C).

9 **PACIENTE ESTÁ EM TRATAMENTO COM RIOCIGUATE?** ☐ SIM ☐ NÃO

Se SIM, indicar:

Paciente realizou a titulação da dose do medicamento e foi estabelecida a dose de manutenção de _____ mg, três vezes ao dia.

Para pacientes que NÃO realizaram a titulação da dose, ou seja, que não tem dose de manutenção definida, o LME - Solicitação deverá ser preenchido com as quantidades abaixo e a prescrição deverá indicar: Dose inicial de 1mg três vezes ao dia por 2 semanas, aumentando a dose em 0,5mg a cada 2 semanas, enquanto tolerado (dose máxima de 2,5mg três vezes ao dia). Caso definida dose de manutenção diferente de 7,5mg/dia, deve-se apresentar novo LME e nova prescrição médica com a indicação ajustada.

	7. Medicamentos*	8. Quantidade Solicitada*					
		1° mês	2° mês	3° mês	4° mês	5° mês	6° mês
1	Riociguate 1mg (comprimido)	42					
2	Riociguate 1,5mg (comprimido)	42					
3	Riociguate 2mg (comprimido)		42				
4	Riociguate 2,5mg (comprimido)		42				

10 **OUTRAS OBSERVAÇÕES PERTINENTES:**

_____

_____

_____

11 **Assumo integral responsabilidade pela veracidade das informações prestadas.**

Data de preenchimento: _____ /_____ /_____

Contato do centro de referência para HPTEC: _____

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