

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

**Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos**  
(Última revisão: 07/01/2026)**PCDT:** Colangite biliar primária (CBP)  
**CID-10:** K74.3**1. Medicamentos**

- Ácido Ursodesoxicólico 150mg e 300mg (por comprimido)

**2. Documentos Necessários:****2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):**

- ( ) Carteira de Identidade (RG)
- ( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- ( ) Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- ( ) Comprovante de Residência com CEP

**Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:**

- **Declaração Autorizadora** + RG e CPF do representante

**2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):****Solicitação Inicial:**

- ( ) **LME** - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Prescrição médica devidamente preenchida**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente, bem como a resposta aos tratamentos;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

**Renovação (a cada seis meses):**

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios

**2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) Cópia do exame de fosfatase alcalina (
- ) Cópia do exame de bilirrubina total

TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

- |  |
|--|
| <p>( ) Cópia do exame GGT (gama-glutamilttransferase)<br/>( ) Cópia do exame de TGO<br/>( ) Cópia do exame de TGP<br/>( ) Cópia da Biópsia Hepática;<br/>( ) Cópia do exame de pesquisa de anticorpos antimitocondriais (AAM) ou anticorpo antinúcleo (AAN).</p> |
|--|

<p>O resultado de exames garante uma correta avaliação de como o medicamento está agindo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.</p>
--

<p>Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador</p>
--

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES**

- |   |
|---|
| <p>( ) Cópia do exame de fosfatase alcalina<br/>( ) Cópia do exame de bilirrubina total<br/>( ) Cópia do exame de TGO<br/>( ) Cópia do exame de TGP</p> |
|---|

**3. Serviços de Referência:**

<p>Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade de <b>Hepatologia</b>, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.</p>
--

**4. Para receber os medicamentos:**

<p>O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:</p>
---

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● Documento de identificação com foto</li><li>● Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.</li><li>● Cartão do usuário</li></ul> |
|--|

**5. Observações:**

<p>5.1. A resposta à Solicitação será emitida <b>em até 20 (vinte) dias úteis</b>.</p>
--

<p>5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente.</p>
---

<p>5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta nº. 11, de 09 de setembro de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da <b>Colangite Biliar Primária</b></p>
---

<p>5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à <b>Farmácia Especializada da Paraíba</b>.</p>
---



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/ (83) 99185-2657

6. **Atenção à Validade dos Exames:**

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**