

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

**Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos**  
(Última revisão:01/05/2026)

PCDT: Dermatite Atópica

CID10: L20.0 e L20.8

**1. Medicamentos**

- Ciclosporina 25mg,50mg e 100mg (capsula)
- Ciclosporina 100mg/ml sol oral (frasco) 50ml

**2. Documentos Necessários:****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

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

- ( ) **LME**- Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1(um) mês de tratamento;
- ( ) Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e tratamentos prévios;
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;**

**Renovação e Adequação:**

- 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

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

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

- ( ) Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;  
( ) Cópia do exame de Beta HCG(para mulheres em idade fértil).

**PARA ADEQUAÇÃO e RENOVAÇÃO**

- ( ) Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;  
( ) Cópia do exame de Beta HCG(para mulheres em idade fértil).

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.

\*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

**3. Serviços de Referência:**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que estejam regularizadas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). **Não há necessidade de especialidade médica para esta Patologia, porém, caso o paciente necessite ir para uma 2ª linha de tratamento, toda a documentação deverá ser preenchida pelo médico especialista (Alergologista ou Dermatologista).**

**4. Para receber os medicamentos:**

Ou usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto
- Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MSnº344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

**5. Observações:**

A resposta à Solicitação será emitida **em até 20 (vinte) dias úteis.**

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.

Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e PORTARIA CONJUNTA SAES/SECTICS Nº 34, de 20 de DEZEMBRO de 2023. que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Dermatite Atópica.**

Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba.**

Cópia do exame de Beta HCG para mulheres em idade fértil mensalmente para **CICLOSPORINA.**



**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**