

**Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**

## **Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos** (Última revisão: 30/07/2025)

**PCDT:** Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

**CID-10:** I50.0 | I50.1 | I50.9

### **1. Medicamentos Disponíveis:**

- Sacubitril Valsartana sódica hidratada 50mg por com. (sacubitril 24mg + valsartana 26 mg)
- Sacubitril Valsartana sódica hidratada 100mg por comp. (Sacubitril 49mg + Valsartana 51mg)
- Sacubitril Valsartana sódica hidratada 200mg por comp. (Sacubitril 97mg + Valsartana 103mg)
- Dapagliflozina 10 mg (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 com posologia para 1 mês de tratamento
- ( ) **ANEXO** - Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA).
- ( ) Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**



**Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**

**Para Adequação e/ou 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):**

**Para Solicitação inicial:**

**Para Dapagliflozina e Sacubitril Valsartana sódica hidratada:**

( ) Cópia do exame de dosagem sérica do peptídeo natriurético de tipo B (BNP) **OU** cópia do exame de dosagem sérica de N-terminal pró-peptídeo natriurético de tipo B (NT-proBNP)

( ) Cópia do laudo da ecocardiografia

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 atendem na **Especialidade que atendam a patologia**, regularizadas no CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

**4. Para receber os medicamentos:**

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

- Documento de identificação com foto
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

**Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657**

**5. Observações:**

5.1. A resposta à solicitação será emitida em **até 20 dias úteis**.

5.2. Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar preenchidos de forma legível, em acordo com a legislação vigente.

5.3. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 17, de 18 de novembro de 2020 aprova as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da **Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida**.

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

**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**