



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

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

PCDT: Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida
CID-10:I50.0, I50.1 e I50.9

1. Medicamentos Disponíveis:

- Sacubitril Valsartana sódica hidratada 50mg por comp. (sacubitril 24mg + valsartana 26mg)
- Sacubitril Valsartana sódica hidratada 100mg por comp. (Sacubitril 49mg + Valsartana 51mg)
- Sacubitril Valsartana sódica hidratada 200 mg por comp. (Sacubitril 97mg + Valsartana 103mg)
- Dapagliflozina 10mg (comprimido)

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
- () 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 ou Renovação (a cada seis meses):

- LME-Laudos 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

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-pro BNP)

() 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 estejam regularizadas no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde). **Não há necessidade de especialidade médica para esta Patologia.**

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 nº344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário



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

5. Observações:

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

Os documentos (LME, Receita Médica e Laudo Médico) devem estar 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 Nº17, de 18 de novembro de 2020 aprova as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da **Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida**.

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**