

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

## **Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos** (Última revisão: 27/03/2026)

**PCDT:** Amiloidoses Associadas à Transtirretina

**CID-10:** E85.1 | E85.0 | E85.8

### **1. Medicamentos Disponíveis:**

- Tafamidis meglumina 20mg (por cápsula) - **A partir de 18 anos**
- Tafamidis 61mg (por cápsula) - **Apenas para pacientes acima de 60 anos**

**Nota:** Por serem medicamentos diferentes, é importante ressaltar que tafamidis e tafamidis meglumina não são intercambiáveis por mg.

### **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
- ( ) Descrição clínica detalhada contendo quadro clínico determinado por especialistas na área, constatação do depósito amiloide, teste genético comprovando a mutação em TTR e histórico familiar da doença
- ( ) E85.1: ANEXO I - Estágio da ATTR-PN de acordo com a gravidade dos sintomas.(Estágio de Coutinho)
- ( ) E85.0 | E85.8: Anexo II - classificação funcional de acordo com a New York Sim Não Heart Association (NYHA)
- ( ) **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

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

### 2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Para solicitação inicial :
<p><b>Para uso de Tafamidis meglumina 20 mg (CID-10 E85.1):</b> ( ) Teste genético comprovando a mutação em TTR ( ) Exame de Beta-HCG (para mulheres em <b>idade fértil</b> 10 a 49 anos)</p> <p><b>Para uso de Tafamidis 61 mg (CID E85.0 ou E85.8):</b> ( ) Teste genético comprovando a mutação em TTR, somente pacientes com mutação genética (hereditária).</p> <p>( ) Exame que comprove cardiomiopatia associado à TTR:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Eletrocardiograma OU;</li><li>• Ecocardiografia transtorácica OU;</li><li>• Ressonância magnética de coração, cintilografia cardíaca com pirofosfato (ou outro marcador específico para a TTR) e monitoramento pelo sistema Holter OU;</li><li>• BNP ou NT-próBNP (porção N-terminal do precursor de BNP) ou dosagem de troponina;</li></ul>
<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 Uréia ( ) Cópia do exame de Creatinina ( ) Cópia do exame de Ácido úrico ( ) Cópia do exame de Taxa de Filtração Glomerular (Clearance de Creatinina) ( ) Cópia do exame de Proteína em urina de 24 horas</p>

### 3. Serviços de Referência:

<p>Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada, que atendem na Especialidade de <b>Neurologista, Cardiologista, Ecocardiografistas, Nefrologistas, Oftalmologistas, Gastroenterologistas, Neuropatologistas, Hematologistas, Geneticistas, Fisiatras, Especialistas em Cintilografia</b>, para seu adequado diagnóstico, inclusão no protocolo de tratamento e acompanhamento e estejam regularizadas no <b>CNES</b> (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>• Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998;</li><li>• Cartão do usuário.</li></ul>
---



**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 Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta nº 22, de 02 de outubro de 2018, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da **Amiloidoses Associadas à Transtirretina**

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**