



ESTADO DE SERGIPE

PREFEITURA DE RIACHUELO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida Júlio Vieira de Andrade, nº 214, Centro – Riachuelo/SE

CNPJ: 11.757.681/0001-53 / Tel: (079) 3269-2231



### **Orientações para obter Medicamentos de Alto Custo**

Os medicamentos de alto custo são medicamentos que fazem parte da Atenção Secundária à Saúde. Esses medicamentos atendem pessoas com doenças raras, utilizam medicamentos com valor aquisitivo maior, ou para atender prescrições de medicamentos que não estão incluídos na Atenção Básica à Saúde. A prefeitura disponibiliza e orienta o cidadão sobre solicitação desse tipo de medicamento da Farmácia especializada.

Orientações para obter Medicamentos de Alto Custo: É necessário solicitar ao médico um laudo, em duas vias, com informações sobre a enfermidade, o tipo e o período de tratamento e a dosagem. Por meio desse laudo, são avaliadas a solicitação e a autorização para a retirada dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que são feitas no CASE (Centro de Atenção à Saúde de Sergipe).

Se ainda não tiver o laudo em mãos, o paciente deve retirar o formulário LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) na unidade de saúde e levá-lo para que o médico o preencha. Após feito o preenchimento do LME o paciente deve se dirigir a Secretaria Municipal de Saúde localizada no endereço: Avenida Júlio Vieira de Andrade, nº 214, Centro – Riachuelo/SE das 7h às 13h para avaliação e conferência da Assistente Social, na qual a mesma será responsável por dar entrada no CASE/Aracaju como preposto responsável pelo Município de Riachuelo/SE. Documentos necessários:

É preciso apresentar o Cartão SUS, RG, CPF, comprovante de residência, receita médica e LME.

Obs.: É fundamental para comprovar a necessidade de uso do medicamento prescrito. O profissional terá que informar o código da enfermidade que consta no CID (Classificação Internacional de Doenças) e o número de seu cadastro no CRM (Conselho Regional de Medicina). Para ter validade, o formulário precisa estar carimbado e assinado pelo médico.

---

Avenida Júlio Vieira de Andrade, nº 214, Centro – Riachuelo/SE  
CNPJ: 11.757.681/0001-53 / Tel: (079) 3269-2231

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)**

**CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

1- Número do CNES\* \_\_\_\_\_ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante \_\_\_\_\_

3- Nome completo do Paciente\* \_\_\_\_\_ 5- Peso do paciente\* \_\_\_\_\_ kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* \_\_\_\_\_ 6- Altura do paciente\* \_\_\_\_\_ cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\* \_\_\_\_\_ 10- Diagnóstico \_\_\_\_\_

11- Anamnese\* \_\_\_\_\_

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

NÃO  SIM. Relatar: \_\_\_\_\_

**13- Atestado de capacidade\***

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento \_\_\_\_\_

Nome do responsável \_\_\_\_\_

14- Nome do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* \_\_\_\_\_ 16- Data da solicitação\* \_\_\_\_\_

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\***:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante

Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\* \_\_\_\_\_ 20- Telefone(s) para contato do paciente \_\_\_\_\_

Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
 Parda

21- Número do documento do paciente \_\_\_\_\_ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

CPF ou  CNS \_\_\_\_\_

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_