

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

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos
(Última revisão: 30/07/2025)**PCDT:** Colangite biliar primária (cbp)
CID-10: K74.3**1. Medicamentos**

- Ácido Ursodesoxicólico 150mg (por 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 devidamente preenchida**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- () **Laudo Médico**. Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente, bem como a resposta aos tratamentos;
- () **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

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

- () Cópia do exame de fosfatase alcalina
- () Cópia do exame de bilirrubina total

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

- () Cópia do exame GGT (gama-glutamilttransferase)
() Cópia do exame de TGO
() Cópia do exame de TGP
() Cópia da Biópsia Hepática;
() Cópia do exame de pesquisa de anticorpos antimitocondriais (AAM) ou anticorpo antinúcleo (AAN).

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

RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES

- () Cópia do exame de fosfatase alcalina
() Cópia do exame de bilirrubina total
() Cópia do exame de TGO
() Cópia do exame de TGP

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do SUS ou da Rede Privada que atendam na especialidade de **Hepatologia**, 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
- Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário

5. Observações:

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

5.2. 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.

5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 30/07/2013 e Portaria Conjunta nº. 11, de 09 de setembro de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Colangite Biliar Primária**

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



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**

Rua Borja Peregrino, 181 - Torre, João Pessoa - PB, 58040-050