

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: Doença de Parkinson

CID-10: G20.0

**1. Medicamentos Disponíveis:**

- Amantadina 100 mg (por comprimido)
- Clozapina 25mg e 100mg (por comprimido)
- Entacapona 200 mg (por comprimido)
- Pramipexol 0,125 mg, 0,25mg e 1mg (por comprimido)
- Rasagilina 1 mg (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;
- ( ) **Receita de Controle Especial**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo médico**, descrição clínica e detalhada dos sinais e sintomas
- ( ) **Anexo**: laudo detalhado dos sinais e sintomas realizado em serviço especializado em neurologia ou geriatria;
- ( ) **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

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

**2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):**

|                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Solicitação Inicial:</b>                                                                                                                                                           |
| <b>Para clozapina:</b>                                                                                                                                                                |
| ( ) hemograma completo com plaquetas                                                                                                                                                  |
| O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou interromper o tratamento. |
| Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo avaliador.                                                                                              |

|                                                           |
|-----------------------------------------------------------|
| <b>Para Adequação e/ou Renovação (a cada seis meses):</b> |
| <b>Para clozapina:</b>                                    |
| ( ) Hemograma completo com plaquetas                      |

**3. Serviços de Referência:**

|                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Unidades de Saúde do <b>SUS</b> ou <b>da Rede Privada</b> que atendam na <b>especialidade correspondente à patologia</b> , 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:                                                                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Documento de identificação com foto</li><li>• Prescrição médica de acordo com portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.</li><li>• Cartão do usuário</li></ul> |

**5. Observações:**

|                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5.1. A resposta à Solicitação será emitida <b>em até 20 (vinte) dias úteis</b> .                                                                                                                                |
| 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 SAS/MS nº. 10, de 31/10/2017 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da <b>Doença de Parkinson</b> . |
| 5.4. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à <b>Farmácia Especializada da Paraíba</b> .                                                                                                                     |

**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