



TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS**  
(Última revisão: 05/05/2025)**PCDT: INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA**  
**CID 10: I50.0, I50.1, I50.9****1. Medicamentos**

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

**2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)****1.1 Documentos pessoais**

- ✓ Carteira de Identidade – RG;
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF;
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS;
- ✓ Comprovante de Residência com CEP;
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

**1.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas e relato médico com descrição se o paciente fez uso prévio de medicamentos utilizados para tratar a condição clínica e doses máximas utilizadas, com sinais/sintomas clínicos e histórico de internações por insuficiência cardíaca descompensada.
- ( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.
- ( ) **Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA).**

**RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES E PARA ADEQUAÇÃO DE TRATAMENTO**

- ( ) LME-Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;
- ( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) **Laudo Médico**, com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas;

**2.3 Exames Obrigatórios****SOLICITAÇÃO INICIAL**

- ( ) 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-proBNP);
- ( ) Cópia do laudo da ecocardiografia;

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

\*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente a etapa de cadastro pelo avaliador.



**TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657**

### **3. Serviços de Referência**

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam na **especialidade correspondente à patologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### **4. Para receber os medicamentos**

O Usuário ou seu Representante legal deve comparecer ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS e Cartão do Usuário.

### **5. Observações:**

1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;
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;
3. Regras estabelecidas pelas Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 17, de 18 de novembro de 2020 aprova as Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da **Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida**.

### **Atenção a validade dos exames!!!**

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

**Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.**