

MEMORANDO nº 62/2025 – Direção Técnica/SMSA.

Araucária, 15 de dezembro de 2025.

Assunto: Instruções sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e o preenchimento do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização (LME).

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009, é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Sua principal característica é buscar a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, a nível ambulatorial, cujas Linhas de Cuidado estão definidas pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde.

O fornecimento de medicamentos padronizados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) deve obedecer aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidas pelo Ministério da Saúde, de abrangência nacional.

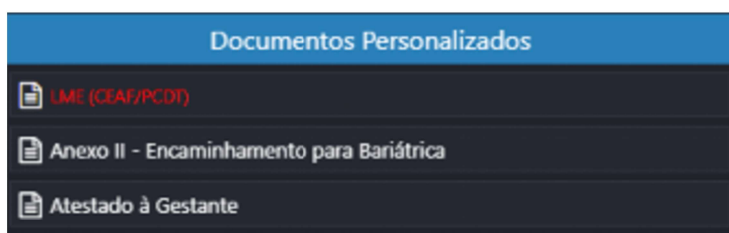
Todos os medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), seus respectivos grupos e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas aos quais estão vinculados, podem ser consultados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

É de responsabilidade do profissional médico, o preenchimento adequado do **Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização (LME)**, conforme os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Desta forma, elaborou-se um pequeno passo a passo, contendo as orientações para que o profissional médico solicite o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) com segurança e em conformidade com os protocolos estabelecidos.

Passo 1

Na aba Documentos Personalizados, clicar no comando **LME (CEAF/PCDT)** para preenchimento de Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização.



Passo 2

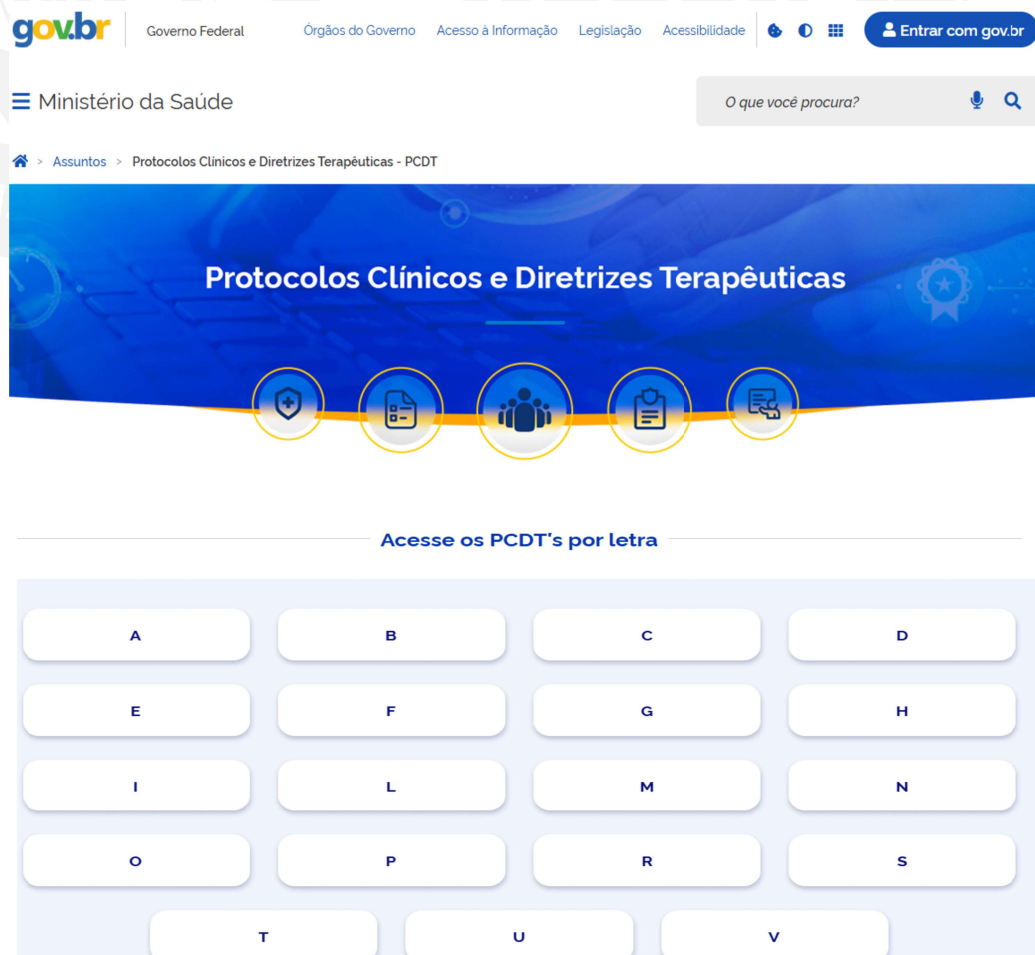
Posteriormente, o profissional terá acesso a uma tela que permitirá acesso a dois links distintos:

1. **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)**
2. **Consulta de Medicamentos – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR)**



Passo 3

Ao clicar no item 1, o prescritor terá acesso aos **Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)** do Ministério da Saúde. Os Protocolos têm o papel de definir critérios e orientações oficiais para o diagnóstico, tratamento e monitoramento de doenças específicas no âmbito do Sistema Único de Saúde.



IMPORTANTE

Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde também estabelecem os **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO e EXCLUSÃO**, **determinando** quais pacientes se qualificam para uma terapêutica específica.

Exemplo:

O profissional deseja incluir o medicamento **Sacubitril/Valsartana Sódica** na prescrição de um paciente com 76 anos de idade e diagnóstico de Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção reduzida.

Ao clicar na letra **I** (painel do site) e acessar o **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida**, o profissional poderá verificar os **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO** necessários para obtenção do medicamento via Farmácia Estadual.

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Estão contemplados neste Protocolo adultos maiores de 18 anos, de ambos os sexos, portadores de IC na sua apresentação crônica estável, com fração de ejeção reduzida – definida como fração de ejeção $\leq 40\%$.

Adicionalmente, o uso de sacubitril valsartana hidratada está indicado para pacientes com IC que apresentam os seguintes critérios:

- Idade inferior a 75 anos;
- Classe funcional NYHA II;
- Fração de ejeção reduzida ($\leq 35\%$);
- Níveis de BNP > 150 pg/mL ou NT-ProBNP > 600 pg/mL;
- Estar em tratamento otimizado, isto é, em uso de doses máximas toleradas dos medicamentos preconizados (IECA ou ARA II, betabloqueadores, espironolactona) e em doses adequadas de diuréticos, em caso de congestão;
- Apresentar sintomas, como dispneia aos esforços, sinais de congestão, piora clínica com internações recentes.

Já para uso de dapagliflozina, o paciente deve apresentar os seguintes critérios de inclusão:

- Idade igual ou acima de 18 anos;
- Classe funcional NYHA II a IV;
- Fração de ejeção reduzida ($\leq 40\%$);
- Apresentar sintomas como dispneia aos esforços, sinais de congestão, piora clínica com internações recentes.



Passo 4

Ao clicar no item 2, **Consulta de Medicamentos – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR)**, o prescritor terá acesso aos medicamentos disponibilizados pela Farmácia Estadual do Paraná, inserindo o nome do composto na tela abaixo.

Ao clicar na **LUPA** (canto direito da tela), terá acesso as informações necessárias para aquisição do insumo pela Farmácia Estadual (CID-10, exames, documentação), de acordo com o **tipo de solicitação**.

Consulta de Medicamentos

Consulte aqui se o seu medicamento é disponibilizado pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA/PR)

[Descrição detalhada](#)

☐ Medicamento ☒ Protocolo Clínico ☐ CID

Protocolo Clínico: 

Insuficiência cardíaca

Consultar Limpar

Medicamento	Protocolo Clínico	CID	Documentos
DAPAGUFLOZINA 10MG	Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.	I500	
SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA 100MG (49MG, 51MG)	Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.	I500	
SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA 200MG (97MG, 103MG)	Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.	I500	
SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA 50MG (24MG, 26MG)	Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida.	I500	

Solicitação inicial

Documentos Necessários

CID: E780 **Descrição:** HIPERCOLESTEROLEMIA PURA **Medicamento:** ATORVASTATINA 20 MG

Procolo Clínico

Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite

Tipo de solicitação

☒ Solicitação Inicial

☐ Adequação de Solicitação

☐ Renovação de Solicitação

Documentos gerais necessários:

- Cópia de Documento de Identidade ou da Certidão de Nascimento
- Cópia do comprovante de residência no nome do paciente ou responsável OU declaração de residência
- Prescrição médica devidamente preenchida
- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido (validade de 3 meses) ([Baixar arquivo modelo](#) )
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Cópia do CPF (Cadastro de Pessoa Física)

Documentos necessários para o medicamento ATORVASTATINA 20 MG:

- Cópia do exame de dosagem de TSH. (6 meses)
- Dosagem da alanina aminotransferase (ALT)/ transaminase glutâmico pirúvica (TGP). (6 meses)
- Dosagem da aspartato aminotransferase (AST)/ transaminase glutâmico-oxalacética (TGO). (6 meses)
- Relatório médico (no campo anamnese do LME) descrevendo o critério de inclusão previsto no PCDT, tratamentos prévios e tratamento atual ou justificativa para aumento de dose
- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade do PCDT de Dislipidemia para a prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite ([Baixar arquivo modelo](#) )

Adequação de solicitação



Documentos Necessários

CID:	Descrição:	Medicamento:
E780	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	ATORVASTATINA 20 MG

Protocolo Clínico
Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite

Tipo de solicitação
☐ Solicitação Inicial ☒ Adequação de Solicitação ☐ Renovação de Solicitação

Documentos gerais necessários:

- Prescrição médica devidamente preenchida
- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido (validade de 3 meses) ([Baixar arquivo modelo](#))

Documentos necessários para o medicamento ATORVASTATINA 20 MG:

- Relatório médico (no campo anamnese do LME) descrevendo o critério de inclusão previsto no PCDT, tratamentos prévios e tratamento atual ou justificativa para aumento de dose

Renovação de solicitação

Documentos Necessários

CID:	Descrição:	Medicamento:
E780	HIPERCOLESTEROLEMIA PURA	ATORVASTATINA 20 MG

Protocolo Clínico
Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite

Tipo de solicitação
☐ Solicitação Inicial ☐ Adequação de Solicitação ☒ Renovação de Solicitação

Documentos gerais necessários:

- Prescrição médica devidamente preenchida
- Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido (validade de 3 meses) ([Baixar arquivo modelo](#))

Documentos necessários para o medicamento ATORVASTATINA 20 MG:

ATENÇÃO!

É imprescindível que o prescritor tenha conhecimento das informações necessárias, antes de preencher o Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização (LME). Esta é uma forma de viabilizar a aquisição adequada dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, evitando situações como **devolução ou indeferimento**.

Indeferimento

Ocorre quando há uma negativa da solicitação do(s) medicamento(s), seja por não preencher os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida patologia ou pelos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, como:

- **Não preenche critérios do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas:** Quando a solicitação de medicamento(s) não preenche os critérios estabelecidos no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, devido a condição clínica/laboratorial



do paciente ou por não possuir indicação do(s) referido(s) medicamento(s), no momento da solicitação;

- **Medicamento não padronizado:** Quando há solicitação de medicamento(s) não padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- **CID-10 não padronizado:** Quando o CID-10 Primário, descrito pelo médico solicitante, não está padronizado no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- **Outros:** Quando o motivo de indeferimento não se enquadrar nos demais parâmetros descritos acima.

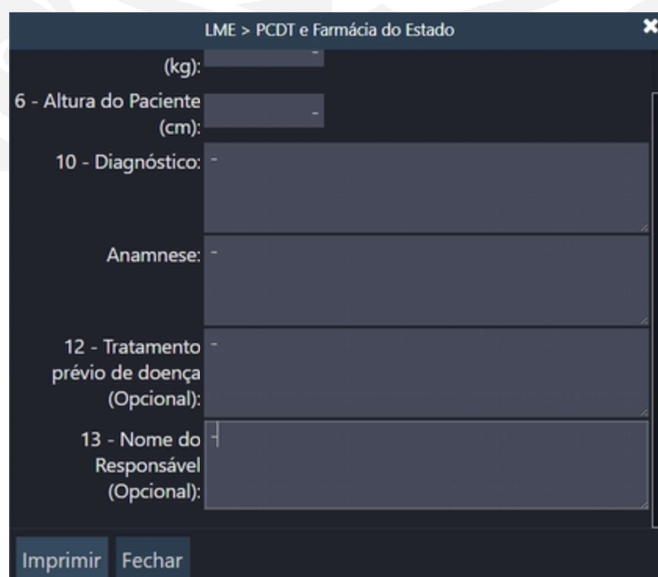
Devolução

Ocorre pela ausência de informação ou de documentos/exames ou preenchimento incorreto da solicitação do medicamento que impedem a plenitude da análise, como:

- **Preenchimento incompleto:** Quando há falta de preenchimento de algum campo considerado obrigatório no campo de solicitação de medicamento(s);
- **Preenchimento incorreto:** Quando em algum campo da solicitação de medicamento(s) foi descrita informação incorreta da descrita nesta Instrução;
- **Ausência de documentação:** Em caso de ausência de alguma documentação exigida pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença em questão ou pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- **Ausência de exame:** Em caso de ausência de algum exame exigido pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da doença em questão;
- **Outros:** assinalar quando o motivo de devolução não se enquadrar nos demais parâmetros descritos acima.

Passo 5

Por fim, o prescritor iniciará o preenchimento do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização (LME).



Ana Beatriz Siqueira Xavier Silva Pock
Direção Técnica – SMSA

Emanuelle Francis Castilho Damaceno
Responsável Técnica pela Gestão de Medicina – SMSA

