



Para seguir com o pedido, basta escolher a dosagem indicada pelo seu médico (páginas 2, 3 e 4 deste documento), a seguir preencher as páginas 5 e 6.

Caso prefira acessar o site do Portal do Governo do Rio Grande do Norte, acesse [aqui](#) e procure na lista como indicado na imagem abaixo :

SACUBITRIL 24 MG + VALSARTANA 26 MG	1.B	EM LICITAÇÃO	<a href="#">Clique aqui</a>
SACUBITRIL 49 MG + VALSARTANA 51 MG	1.B	EM LICITAÇÃO	<a href="#">Clique aqui</a>
SACUBITRIL 97 MG + VALSARTANA 103 MG	1.B	EM LICITAÇÃO	<a href="#">Clique aqui</a>

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA  
**CID:** I50.0, I50.1, I50.9  
**Produto:** SACUBITRIL + VALSARTANA 24 + 26 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
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)	Sim	Não
Cópia do laudo da ecocardiografia	Sim	Não

  

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Não
Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA).	Sim	Não
Relato médico com uso prévio de medicamentos utilizados para tratar a condição clínica e doses máximas utilizadas	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA  
**CID:** I50.0, I50.1, I50.9  
**Produto:** SACUBITRIL + VALSARTANA 49 + 51 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

<b>Exames</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
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)	Sim	Não
Cópia do laudo da ecocardiografia	Sim	Não
<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Não
Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA).	Sim	Não
Relato médico com uso prévio de medicamentos utilizados para tratar a condição clínica e doses máximas utilizadas	Sim	Não

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA  
**CID:** I50.0, I50.1, I50.9  
**Produto:** SACUBITRIL + VALSARTANA 97 + 103 MG COMPRIMIDO GRUPO 1.B

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

Exames	Nova Solicitação	Adequação
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)	Sim	Não
Cópia do laudo da ecocardiografia	Sim	Não

  

Documentos	Nova Solicitação	Adequação
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas	Sim	Não
Relato médico com a classificação funcional da Insuficiência cardíaca do paciente conforme a classificação da New York Heart Association (NYHA).	Sim	Não
Relato médico com uso prévio de medicamentos utilizados para tratar a condição clínica e doses máximas utilizadas	Sim	Não

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Pelo presente instrumento particular de \_\_\_\_\_, Nome do paciente  
portador do documento de identidade nº \_\_\_\_\_ emitido pela \_\_\_\_\_ e do  
Nº identidade Órgão emissor/UF  
Cartão Nacional de Saúde (CNS) nº \_\_\_\_\_ **AUTORIZO**  
Nº CNS  
\_\_\_\_\_, portador do documento de identidade  
Nome completo do representante  
nº \_\_\_\_\_ emitido pela \_\_\_\_\_, domiciliado no endereço  
Nº identidade Órgão emissor/UF  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_, no município  
Nome do logradouro  
de \_\_\_\_\_, CEP \_\_\_\_\_, telefone \_\_\_\_\_ como meu  
Município/UF CEP da residência Telefone de contato  
REPRESENTANTE para retirada de medicamento(s) do Componente Especializado da Assistência  
Farmacêutica.

- Grau de parentesco entre o representante e o paciente: \_\_\_\_\_
- Motivo da necessidade de representante:
  - Impossibilidade física
  - Município de residência diverso ao da farmácia
  - Incompatibilidade de horário
  - Outro. Especifique: \_\_\_\_\_
- Declaro serem verdadeiras as informações acima descritas e manifesto ciência de que a falsidade de informações configura falsificação de documento público, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro, sendo passível de punição na forma da Lei.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente ou responsável

Eu, \_\_\_\_\_, tendo sido instituído como REPRESENTANTE  
Nome do representante  
do paciente \_\_\_\_\_, conforme descrição acima referida,  
Nome do paciente  
comprometo-me a entregar todo o medicamento fornecido pela farmácia para utilização do paciente em questão,  
nas mesmas condições físicas, de temperatura e de uso a que me foram responsabilizadas, além de repassar  
todas as informações que me foram apresentadas durante a dispensação do(s) medicamento(s).

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do representante

**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  Sem informação

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

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

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