



Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Estado de Saúde  
Subsecretaria de Atenção à Saúde

## INFORME Nº 01/2022 – CCEAF

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2022.

### Assunto: Incorporação do medicamento Sacubitril/Valsartana no CEAF/RJ

Conforme **Portaria nº 40, de 8 de Agosto de 2019** que tornou pública a decisão de incorporar o sacubitril/valsartana para o tratamento de insuficiência cardíaca crônica em pacientes com classe funcional NYHA II e BNP > 150 (ou NTProBNP > 600), com fração de ejeção reduzida (FEVE < ou = 35%), idade maior de 18 anos e menor ou igual a 75 anos e refratários ao melhor tratamento disponível, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e **Portaria Conjunta nº 17, de 18 de Novembro de 2020** que aprova as **Diretrizes Brasileiras para Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca com Fração de Ejeção Reduzida**, a Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos iniciou o processo de aquisição para o referido medicamento em meados de 2021.

Informamos que com a finalização do processo de aquisição do medicamento nas apresentações:

\*SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 50 MG COMPRIMIDO (**sacubitril 24 mg/valsartan 26 mg**),

\*SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 100 MG COMPRIMIDO (**sacubitril 49 mg/valsartan 51 mg**) e

\*SACUBITRIL VALSARTANA SÓDICA HIDRATADA 200 MG COMPRIMIDO (**sacubitril 97 mg/valsartan 103 mg**), os cadastros para as solicitações via CEAF já podem ser aceitos pelas Unidades do CEAF.

Documentos obrigatórios e check list disponíveis em:

<https://www.saude.rj.gov.br/medicamentos/medicamentos-especializados/como-ter-acesso>  
[CHECK LIST PARA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA](#)

Atenciosamente,

Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Secretaria de Estado de Saúde  
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica  
Rua Julio Carmo nº 175 - Cidade Nova - Rio de Janeiro / RJ – Brasil – CEP 20.211-160  
[www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br)



Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria de Atenção à Saúde  
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO  
INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA – CID: I50.0, I50.1, I50.9**

**DOCUMENTOS**

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

**INFORMAÇÕES/EXAMES**

**LAUDO (DEVE CONTER TODAS AS INFORMAÇÕES DECRITAS ABAIXO):**

- DESCRIÇÃO CLÍNICA DETALHADA DOS SINAIS E SINTOMAS; (DISPNEIA AOS ESFORÇOS, SINAIS DE CONGESTÃO, PIORA CLÍNICA, INTERNAÇÕES RECENTES.)
- RELATO MÉDICO COM A **CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA** DO PACIENTE CONFORME A CLASSIFICAÇÃO DA NEW YORK HEART ASSOCIATION (**NYHA**).
- TRATAMENTOS FARMACOLÓGICOS ATUAIS E OS TRATAMENTOS UTILIZADOS PREVIAMENTE, (IECA OU ARA II, BETABLOQUEADORES, DIURÉTICOS);

**EXAMES OBRIGATÓRIOS (Todos os medicamentos):**

- CÓPIA DO LAUDO DA ECOCARDIOGRAFIA (DE QUALQUER DATA) **E**
- 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) (DE QUALQUER DATA);



**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\*  
 Branca  Amarela  
 Preta  Indígena. Informar Etnia:   
 Parda  Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente  
 CPF ou  CNS

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

22- Correio eletrônico do paciente



Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria de Atenção à Saúde  
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Coordenação do Componente Especializado da Assistência  
Farmacêutica

## **AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTO(S)**

Eu, **(Paciente)** \_\_\_\_\_, portador(a) do  
CNS nº \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o  
nº \_\_\_\_\_, **autorizo** o (a) **Sr(a). (procurador  
(a))** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, **portador(a)** da carteira de identidade  
nº \_\_\_\_\_ expedida pelo \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF sob o  
nº \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, telefone de  
contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, **a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do  
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

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

Assinatura **Paciente:** \_\_\_\_\_

Assinatura do **Procurador (a):** \_\_\_\_\_

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

### **Observações:**

1. Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
  - Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR (a) (original e cópia);
  - Identidade do PACIENTE (cópia);
  - Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
  - Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);