



CEAF/RJ

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Instruções de Preenchimento do
Laudo de Solicitação / Autorização de
Medicamentos de Dispensação Excepcional - LME



SECRETARIA DE
SAÚDE
E DEFESA CIVIL



Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil

Subsecretaria de Atenção à Saúde

Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Coordenação Geral de Medicamentos Excepcionais

www.saude.rj.gov.br

excepcional.farmacia@saude.rj.gov.br

Rua México, 128 - Térreo . Centro . Rio de Janeiro . RJ

Tels.: 21 2333-3891 / 2333-3998 / 2333-3896

Maio/2010

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF/RJ

Instruções de Preenchimento do Laudo de Solicitação / Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional - LME

I) Informações Gerais

1. O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF, anteriormente denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, é uma "estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde".

A regulamentação do funcionamento, a relação de medicamentos e patologias cobertas pelo CEAF é de responsabilidade do Ministério da Saúde (Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009). Os critérios de inclusão de pacientes são definidos pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT do Ministério da Saúde para o Programa.

2. Os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde - PCDT estabelecem, para cada doença tratada, os critérios de acesso, por meio da comprovação diagnóstica (quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem) bem como o tratamento preconizado, visando a racionalização da prescrição e do fornecimento dos medicamentos, os mecanismos de controle, o acompanhamento e a verificação de resultados.

3. O Ministério da Saúde monitora a execução do CEAF mediante a realização de auditoria pelo DENASUS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Toda a documentação do paciente que comprove a existência das condições de inclusão no Programa, bem como a Solicitação, Autorização e Dispensação devem estar em concordância com as normas e critérios estabelecidos, sob risco de glosa e devolução de recursos.

4. O modelo do LME é definido pelo Ministério da Saúde, adaptado para as condições de funcionamento do Programa no Estado do Rio de Janeiro. Todas as informa-

ções solicitadas são necessárias para emissão da APAC - Autorização de Procedimento de Alta Complexidade / Custo junto ao SIA/SUS, mecanismo pelo qual o Ministério da Saúde executa o financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF. Portanto, o preenchimento do LME deve ser completo para os campos solicitados.



5. As unidades de saúde não podem alterar o formulário, exceto, em caso de impressão própria, para inclusão de logotipo da unidade, sem prejuízo do “layout” do LME.

6. O LME deve ser preenchido em 4 vias, sendo a primeira original e as 3 restantes carbonadas ou fotocopiadas. A via original pode ter preenchimento parcialmente impresso e parcialmente manuscrito (caneta de cor não preta). As cópias devem ser perfeitamente legíveis. O carimbo e assinatura (caneta de cor não preta) do médico devem ser originais nas 4 vias. Não são admitidas rasuras. Os campos 1, 2, 3, 4, 5, 19 a 33, 34, 35, 37, 38, 39 e 40 são campos de preenchimento obrigatório. Campos deixados em branco não devem ser preenchidos por terceiros.

7. Alternativamente, o LME pode ser emitido por meio do software “Automatizador LME”, formato de emissão que emite o LME impresso em 2 vias (LME e LME Recibo). Para acesso ao software, basta acessar www.saude.rj.gov.br (serviços/assistência em saúde/assistência farmacêutica).

8. O LME deve ser datado e tem validade de 60 dias, a contar da data de emissão pelo médico, para sua apresentação à SESDEC / RJ.

9. Os Campos de preenchimento não obrigatório são exigidos pelo Ministério da Saúde; entretanto serão coletados de outros documentos apresentados pelo paciente no processo de cadastro.

10. Para cadastro inicial do paciente ou acréscimos/substituições de medicamentos de paciente já cadastrado, além do LME devem ser apresentados também:

- Laudo Médico (original) detalhado onde conste o relato do quadro clínico do paciente, indicação clara do diagnóstico (denominação, por extenso, da doença) nível de gravidade/comprometimento, tratamentos já realizados e justificativa da prescrição. Emissão em impresso próprio da unidade (mesma do LME), assinado, datado e carimbado pelo médico (mesmo que emitiu o LME). O Laudo deve ser datado e tem validade de 60 dias, a contar da data de emissão pelo médico, para sua apresentação à SESDEC/RJ.

- Receita médica, datada, em 2 vias, com nome do paciente, prescrição e posologia. Emissão em impresso próprio da unidade (mesma do LME), assinada e carimbada pelo médico (mesmo que emitiu o LME). A receita médica tem validade de 60 dias, a contar da data de emissão pelo médico, para sua apresentação à SESDEC/RJ, com exceção dos medicamentos sob regime especial de controle (Portaria nº 344/1998 - ANVISA) cujo prazo é de 30 dias.
- Exames atualizados, requeridos pelos PCDT do Ministério da Saúde para inclusão no Programa (cópias).
- Termo de Consentimento Informado (previsto em cada PCDT do Programa) preenchido e assinado pelo paciente ou responsável e pelo médico.

11. O LME autorizado é válido para 3 competências, ou seja, libera o fornecimento do medicamento por 3 meses subsequentes. Se a dispensação não ocorreu, mesmo que parcialmente, não há prorrogação da competência do LME.

12. Para continuidade do atendimento, o paciente deve apresentar, a cada 3 meses, novo jogo de LME e receita médica (2 vias). No caso de medicamentos em regime especial de controle (Portaria nº344/1998) a receita deve ser apresentada mensalmente.

13. Após o primeiro mês de atendimento do LME, caso haja necessidade de aumento ou diminuição da quantidade prescrita do medicamento, não é necessária a emissão de novo jogo de LME. O paciente poderá ser atendido no 2º e 3º mês portando apenas receita médica mensal atualizada com a justificativa da nova quantidade (duas vias). A dose prevista pelo PCDT do Ministério da Saúde deve ser respeitada. Exames (cópia) que comprovam a aumento da dose devem ser apresentados.



14. Para substituição e/ou acréscimo de fármaco(s) ou apresentação farmacêutica, é necessária a emissão de Laudo, novo jogo de LME e receita com o novo esquema terapêutico. Desta forma, LME, Laudo e Receita devem conter todos os medicamentos que serão usados deste momento em diante (Atenção: Os prazos de análise de processos pela SESDEC devem ser considerados a fim de evitar descontinuidade do tratamento).

15. Nos casos em que o paciente é portador de duas patologias distintas, como por exemplo, Doença de Parkinson e Dislipidemia, deverão ser emitidos jogos de LME distintos, um para cada CID principal.

II) Instruções Específicas

CAMPO 1: Indicar o nome do estabelecimento de saúde solicitante, ou seja, a unidade/serviço ambulatorial, pública ou privada, de nível de complexidade compatível com as necessidades de diagnóstico e acompanhamento específicas à patologia apresentada pelo paciente, de acordo com os critérios de inclusão previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde. A denominação deve utilizar o nome fantasia, e no caso de unidades com filiais, cada filial deverá ser identificada de forma inequívoca.

CAMPO 2: Indicar o número de registro da unidade solicitante preenchida no Campo 1 no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES do Ministério da Saúde (o nº do CNES pode ser consultado em <http://cnes.datasus.gov.br>).

CAMPO 3: Nome completo do paciente, conforme consta no CPF.

CAMPO 4: Número do CPF do paciente.

CAMPO 5: Número do prontuário do paciente na unidade de saúde solicitante.

CAMPO 6: Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente (Preenchimento não obrigatório)

CAMPO 7: Data de nascimento do paciente (Preenchimento não obrigatório).

CAMPO 8: Sexo do paciente (Preenchimento não obrigatório)

CAMPO 9: Indicar a raça/cor do paciente, referida pelo mesmo ou pelo responsável (Preenchimento não obrigatório)

CAMPO 10: Nome da mãe do paciente (Preenchimento não obrigatório)

CAMPO 11: Código DDD e nº telefone do paciente (Preenchimento não obrigatório)

CAMPO 12: Indicar o nome completo do responsável em caso do paciente ser menor de 18 anos ou legalmente incapacitado (Preenchimento não obrigatório).

CAMPO 13: Código DDD e nº telefone do responsável pelo paciente, caso o Campo 12 tenha sido preenchido (Preenchimento não obrigatório).

CAMPOS 14, 15, 16, 17 e 18: Endereço completo do paciente, município de residência, código IBGE do município, UF e cep (Preenchimento não obrigatório)



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL - LME

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1-NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: **Hospital Tal** 2-CNES: **0 0 0 0 0 0 0 0**

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3-NOME DO PACIENTE: **João da Silva** 4-CPF: **1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1** 5- Nº DO PRONTUÁRIO: **0 0 0 0 0 0 0 0**

6- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 7-DATA DE NASCIMENTO: _____ 8- SEXO: _____ 9- RAÇA/COR: _____

10-NOME DA MÃE: _____ DDD: _____ 11-TELEFONE DE CONTATO: _____

12-NOME DO RESPONSÁVEL: _____ DDD: _____ 13-TELEFONE DE CONTATO: _____

14- ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): _____

15- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____ 16- CÓD IBGE MUNICÍPIO: _____ 17- UF: _____ 18- CEP: _____

MEDICAMENTO(S) SOLICITADO (S)

	19-NOME DO MEDICAMENTO	19- CID PRINCIPAL	20- CID SECUNDÁRIO	34-QUANTIDADE SOLICITADA		
				1º mês	2º mês	3º mês
A	XXXXXXXXXX 10mg	X 00.0		00	00	00
B	22-NOME DO MEDICAMENTO	23- CID PRINCIPAL	24- CID SECUNDÁRIO			
C	25-NOME DO MEDICAMENTO	26- CID PRINCIPAL	27- CID SECUNDÁRIO			
D	28-NOME DO MEDICAMENTO	29- CID PRINCIPAL	30- CID SECUNDÁRIO			
E	31-NOME DO MEDICAMENTO	32- CID PRINCIPAL	33- CID SECUNDÁRIO			
35-DADOS DO PACIENTE						

DISPENSAÇÃO FARMACÊUTICA

Medic	36- QUANTIDADE DISPENSADA								
	1º mês	DATA	ASSINATURA	2º mês	DATA	ASSINATURA	3º mês	DATA	ASSINATURA
A		/ /			/ /			/ /	
B		/ /			/ /			/ /	
C		/ /			/ /			/ /	
D		/ /			/ /			/ /	
E		/ /			/ /			/ /	

SOLICITAÇÃO

37- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **XXXXXX XXXXXX** 38-DATA DA SOLICITAÇÃO: / / 40- ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO): **XXXXXXX**

39- Nº DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1**

AUTORIZAÇÃO

41- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 42- COD ORGÃO EMISSOR: _____ 46- NUMERO DE AUTORIZAÇÃO DA APAC: _____

43- Nº DOCUMENTO (CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____

44- DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / 45- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____ 47- PERÍODO DE VALIDADE: a / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

48- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____ 49- CNES: _____

1º MÊS	DATA	ASSINATURA DO PACIENTE
	/ /	
2º MÊS	DATA	ASSINATURA DO PACIENTE
	/ /	
3º MÊS	DATA	ASSINATURA DO PACIENTE
	/ /	

CAMPOS 19, 22, 25, 28 e 31: Prescrição médica do(s) medicamento(s), sendo obrigatória a utilização da denominação genérica (LME contendo qualquer indicação do nome de marca ou outra especificação que direcione o fabricante serão recusados). As concentrações e apresentações farmacêuticas devem ser indicadas (Ex.: formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg pó inalante frasco com 60 doses). Observar a relação de medicamentos e apresentações farmacêuticas padronizada pela Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro listada ao final. Os campos não preenchidos devem ser inutilizados com traço. O paciente deve iniciar o tratamento com o(s) medicamento(s) de primeira linha, conforme previsto nos PCDT do Ministério da Saúde para o Programa.

CAMPOS 20, 23, 26, 29 e 32 (CID Principal): Identificação do diagnóstico médico, mediante uso do sistema CID10 de classificação de doenças. O CID10 tem que conter a letra e os 3 dígitos da subcategoria (Ex.: N18.0), exceto no caso em que o terceiro dígito é inexistente (Ex.: G.20). Rasuras ou complementações efetuadas pelo prescritor ou por terceiros não são permitidas, nem aceitas. Para cada medicamento prescrito, o CID Principal deve ser preenchido, ou seja, o preenchimento é "linha a linha" (não será aceito o uso de aspas nos casos em que o CID repete). Após a aprovação do cadastro do paciente pela SAFIE/SESDEC/RJ para o diagnóstico indicado no LME inicial, o mesmo CID 10 principal, com todos os dígitos, deverá ser usado nas próximas LMEs renovadas a cada trimestre. Alteração do CID, mesmo que apenas do último dígito, será considerada alteração do diagnóstico inicial e implicará em novo processo de autorização pela SAFIE/SESDEC/RJ.

CAMPOS 21, 24, 27, 30 e 33 (CID Secundário): Campos de preenchimento não obrigatório; o processo de autorização considera apenas a informação do CID10 Principal.

CAMPO 34: Prescrição médica da quantidade de cada medicamento indicado nos Campos 19, 22, 25, 28 e 31 para o primeiro, segundo e terceiro mês de tratamento. O quantitativo prescrito deve respeitar os esquemas terapêuticos previstos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT do Ministério da Saúde para a condição patológica em questão. Quantidades superiores não serão autorizadas. Medicamento utilizado em dose única ou que o uso não ocorra com frequência mensal deverá ter preenchimento apenas nos mês(es) da efetiva utilização. O espaço dos outros meses deverá ser inutilizado com traço. As quantidades devem ser inseridas por unidade posológica, ou seja, comprimido, cápsula, ampola, frasco (para líquidos e aerossóis), não sendo permitido o emprego da embalagem comercial ("caixa").

CAMPO 35: Dados complementares do pacientes: Indicar o peso (Kg), altura (m) do paciente; marcar com X se o paciente é transplantado e em seguida o número de transplantes realizados. Caso a paciente esteja gestante, marcar com X.

CAMPO 36: Registro, mês a mês, pelo farmacêutico, da quantidade dispensada e data de dispensação de cada medicamento indicado como A, B, C, D e E, com rubrica sinalizando o atendimento. Não são dispensadas quantidades superiores às prescritas.

CAMPO 37: Nome completo do médico especialista responsável pelo diagnóstico, prescrição e emissão do LME. O médico especialista deve ser vinculado à unidade solicitante informada no Campo 1 (a fonte de consulta para verificação de vínculo é o Banco de Dados do CNES do Ministério da Saúde, o qual deve ser mantido atualizado pela unidade/consultório).

CAMPO 38: Data em que o LME foi emitido.

CAMPO 39: Número do CPF do médico responsável pela emissão do LME.

CAMPO 40: Assinatura do médico responsável pela emissão do LME (caneta não preta) e carimbo onde conste o nº do CRM.

CAMPO 41 a 47: Preenchimento exclusivo pela SAFIE/SESDEC/RJ.

CAMPO 48: Preenchimento exclusivo pela Farmácia de Medicamentos Excepcionais - FME onde ocorreu a dispensação dos medicamentos.

CAMPO 49: Indicar o nº do CNES da unidade de saúde onde se localiza a Farmácia de Medicamentos Excepcionais (Preenchimento exclusivo pela Unidade).

CAMPO 50: Local reservado para assinatura do paciente ou responsável, quando do recebimento do medicamento.

Grade CMDE/RJ



A

Acitretina 10 mg - por cápsula
Adalimumabe 40 mg injet - seringa preenchida - trat. mensal
Adefovir 10 mg - por comprimido
Alendronato 70 mg - por comprimido
Alfadornase 2,5 por ampola**
Alfaeopetina 4000 ui injetável - por frasco - ampola
Alfaeopetina 10000 ui injetável - por frasco - ampola
Alfainterferona 2b - 3000000 ui - injet. P/ frasco - ampola
Alfainterferona 2b - 5000000 ui - injet. P/ frasco - ampola
Alfapeginterferona 2b 100 mcg - por frasco-ampola
Alfapeginterferona 2b 120 mcg - por frasco-ampola
Alfapeginterferona 2b 80 mcg - por frasco-ampola
Alfapeginterferona 2a 180 mcg - por seringa preenchida
Amantadina 100 mg - por comprimido
Atorvastatina 10 mg - por comprimido
Atorvastatina 20mg - por comprimido
Azatioprina 50 mg - por comprimido

B

Beclometasona 200 mcg - pó inalante por frasco de 100 doses
Beclometasona 400 mcg - pó inalante por frasco 100 doses
Betainterferona 1a 12000000 ui (44mcg) - injet - p/ seringa
Betainterferona 1a 6000000 ui (22mcg) - injet - p/ seringa
Betainterferona 1a 6000000 ui (30mcg) - injetável
Betainterferona 1b 9600000 ui (300mcg) - injet. P/frasco-amp
Bezafibrato 200 mg - por drágea
Biperideno 2 mg por comprimido
Bromocriptina - 2,5 mg - por comprimido
Budesonida 200 mcg por cápsula inalante

C

Cabergolina 0,5 mg - por comprimido
Calcitonina 200 ui -spray nasal - por frasco

* Em processo de aquisição inicial (ainda não liberados para cadastro de paciente)

** Restrito a Centros de Referência

Calcitriol 0,25 mcg - por cápsula
Ciclosporina 100 mg - por cápsula
Ciclosporina 100 mg/ml - solução oral - por frasco 50 ml
Ciclosporina 25 mg - por cápsula
Ciclosporina 50 mg - por cápsula
Ciprofloxacina 500 mg - por comprimido
Ciproterona 50 mg - por comprimido
Clozapina 100 mg por comprimido
Comp. Alim. Fenilcetonúricos - pac. < 1 Ano - lata - p/ grama**
Comp. Alim. Fenilcetonúricos - pac. > 8 Ano - lata - p/ grama**
Comp. Alim. Fenilcetonúricos - pac. > 1 Ano - lata - p/ grama**



D

Danazol 100 mg - por cápsula**
Deferasirox 125 mg - por comprimido**
Deferasirox 250 mg - por comprimido**
Deferasirox 500 mg - por comprimido**
Deferiprona 500 mg - por comprimido**
Desferroxamina 500 mg - injetável - por frasco - ampola
Desmopressina 0,1 mg/ml - aplicação nasal de 2,5 ml
Donepezila 10 mg - por comprimido**
Donepezila 5 mg - por comprimido**

E

Entacapona 200 mg por comprimido
Entacavir 0,5 mg - por comprimido
Etanercepte 25 mg injetável - frasco-ampola - trat mensal

F

Filgrastim 300 mcg - injetável - p/ frasco
Formoterol 12 mcg - por cápsula inalante
Formoterol 12 mcg + budesonida 400 mcg por cápsula inalante
Formoterol 6 mcg + budesonida 200 mcg pó inal frasc 60 doses

G

Gabapentina 300 mg - por cápsula

* Em processo de aquisição inicial (ainda não liberados para cadastro de paciente)

** Restrito a Centros de Referência

Gabapentina 400 mg - por cápsula
Galantamina 8 mg - por comprimido**
Galantamina 16 mg - por comprimido**
Galantamina 24 mg - por comprimido**
Glatiramer 20mg - injet. P/frasco-ampola ou seringa preenchh.
Gossrelina 3,60 mg - injetável - por seringa preenchida

H

Hidroxicloroquina 400 mg - por comprimido
Hidroxiuréia 500 mg - por cápsula**

I

Imiglucerase 200 ui - injetável - por frasco - ampola**
Imunoglobulina anti- hepatite b 1000ui - injet. - P/ frasco
Imunoglobulina humana 5,0 g - injetável - por frasco
Infliximabe 10 mg/ml injetável por frasco-ampola 10 ml
Isotretinoína 10 mg - por cápsula

L

Lamivudina 10 mg/ml - solução oral - frasco 240 ml
Lamivudina 150 mg - por comprimido
Lamotrigina 100 mg - por comprimido
Leflunomida 20 mg - por comprimido
Leuprorrelina 3,75 mg - injetável - por frasco
Levodopa 100 mg + benserazida 25 mg capsula-comprimido
Levodopa 200 mg + benserazida 50 mg por comprimido
Levodopa 200 mg + carbidopa 50 mg - p/ cápsula ou comprimido
Levodopa 250 mg + carbidopa 25 mg - por comprimido
Levotiroxina 100 mcg - por comprimido
Levotiroxina 25 mcg - por comprimido
Levotiroxina 50 mcg - por comprimido

M

Mesalazina 3 g + diluente 100 ml (enema) - por dose
Mesalazina 400 mg - por comprimido
Mesalazina 500 mg - por comprimido

* Em processo de aquisição inicial (ainda não liberados para cadastro de paciente)

** Restrito a Centros de Referência

Mesalazina 250 mg - por supositório
Metotrexato 2,5 mg por comprimido
Metotrexato 25 mg/ml - injet. - Por frasco - ampola de 2ml
Micofenolato de mofetila 500 mg - por comprimido
Micofenolato de sódio 180 mg - por comprimido
Micofenolato de sódio 360 mg - por comprimido

O

Octreotida lar 20 mg - injetável - por frasco - ampola**
Octreotida lar 30 mg - injetável - por frasco - ampola**
Olanzapina 10 mg por comprimido
Olanzapina 5 mg por comprimido

P

Pancrelipase 4500 ui - por cápsula**
Pancrelipase 10000 ui - por cápsula**
Pancrelipase 12000 ui - por cápsula**
Pancrelipase 18000 ui - por cápsula**
Pancrelipase 25000 ui - por cápsula**
Penicilamina 250 mg - por cápsula
Pramipexol 0,125 mg por comprimido
Pramipexol 0,25 mg por comprimido
Pramipexol 1 mg por comprimido
Pravastatina 20 mg - por comprimido

Q

Quetiapina 100 mg por comprimido
Quetiapina 25 mg por comprimido

R

Raloxifeno 60 mg - por comprimido
Ribavirina 250 mg - por cápsula
Riluzol 50 mg por comprimido
Risperidona 1 mg por comprimido
Risperidona 2 mg por comprimido
Rivastigmina 1,5 mg - por cápsula**

* Em processo de aquisição inicial (ainda não liberados para cadastro de paciente)

** Restrito a Centros de Referência

Rivastigmina 2,0 mg-ml solução oral -por frasco de 120 ml**
Rivastigmina 3 mg - por cápsula**
Rivastigmina 4,5 mg - por cápsula**
Rivastigmina 6 mg - por cápsula**

S

Sacarato de hidróxido férrico 100 mg injet - frasco 5 ml
Salbutamol 100 mcg - aerossol - por frasco de 200 doses
Salmeterol 50 mcg pó inal ou aerossol bucal frasco 60 doses
Selegilina 5 mg - por comprimido
Sevelamer 800 mg - por comprimido
Sinvastatina 10 mg - por comprimido
Sinvastatina 20 mg - por comprimido
Sinvastatina 40 mg - por comprimido
Sirolimo 1 mg - por drágea
Sirolimo 2 mg - por drágea
Somatropina 4 ui - injetável - por ampola
Sulfasalazina 500 mg - por comprimido

T

Tacrolimo 1 mg - por cápsula
Tacrolimo 5 mg - por cápsula
Tenofovir 300 mg - por comprimido
Tolcapona 100 mg por comprimido
Topiramato 100 mg - por comprimido
Topiramato 25 mg - por comprimido
Topiramato 50 mg - por comprimido
Toxina botulínica tipo a 100 ui- injetável - frasco-ampola
Toxina botulínica tipo a 500 ui- injetável - frasco-ampola

V

Vigabatrina 500 mg - por comprimido

Z

Ziprasidona 40 mg por cápsula
Ziprasidona 80 mg por cápsula

* Em processo de aquisição inicial (ainda não liberados para cadastro de paciente)

** Restrito a Centros de Referência





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE E DEFESA CIVIL

SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
E INSUMOS ESTRATÉGICOS

COORDENAÇÃO GERAL DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

www.saude.rj.gov.br

excepcional.farmacia@saude.rj.gov.br

Rua México, 128 - Térreo . Centro . Rio de Janeiro . RJ

Tels.: 21 2333-3891 / 2333-3998 / 2333-3896



SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS



GOVERNO DO
Rio de
Janeiro

SECRETARIA DE
SAÚDE
E DEFESA CIVIL