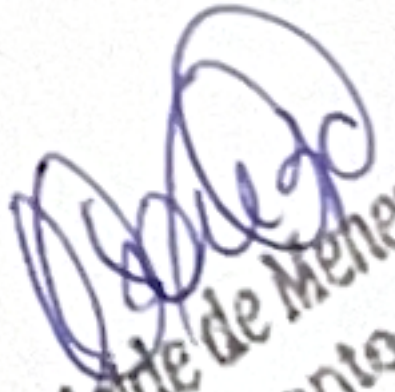




SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

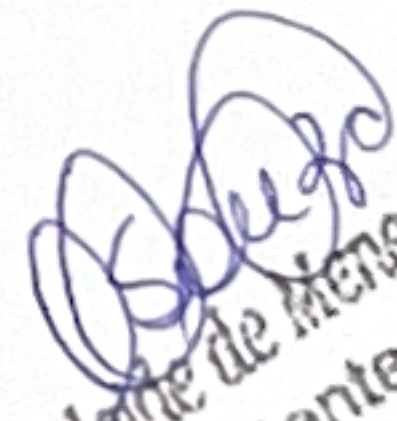
MEDICAÇÕES DE ALTO CUSTO

1. OZEMPIC 1MG
2. WEGOVY 1 MG
3. WEGOVY 2MG
4. POVIZTRA 1MG
5. CONTRAVE
6. FORXIGA 10MG
7. EZETIMIBA 10MG
8. MONONITRATO ISORBIDA
9. COMODARTE
10. ACETAZOLAMIDA 250MG
11. MILDE
12. TRIFOR
13. ARIPIPAZOL 10MG
14. QUETIAPINA 25MG
15. MEMANTINA 10MG
16. LABREA 5MG
17. VURTUOSO 10MG
18. XARELTON
19. IMPRAMINA 25 MG
20. ACIDO VALPROICO 500MG
21. DUOMO 2MG
22. ACICLOVIR SUSPENSÃO
23. DOMPERIDONA 1MG
24. BART-H 150+12,5 MG
25. SOLOZOC 25MG
26. PRIMID 100MG
27. ROSUCOR
28. ARIPIPAZOL 1MG
29. TEGRETOL
30. PREGABALINA 15 MG


Juscelino de Menezes Souza
Assistente Social
CRESS / 18ª 3767

31. PREGABALINA 75 MG
32. INSIT 50MG
33. GABAPENTINA 300MG
34. QUETIAPINA 100MG
35. MAREVAN 05MG
36. DULOXETINA 60MG
37. ESC O DT 5MG
38. ATENTAH 100MG
39. ATENTAH 50MG
40. RITALINA 20MG
41. INDAPEN SR 1,5
42. ARADOIS 50MG
43. TEBONIN 120MG
44. SENIOR
45. PROSSO MUSCULAR
46. BARIATRI XR
47. MATERNA
48. QUETIAPINA 150 MG
49. VENAFLAXINA 150MG
50. VENAFLAXINA 50MG
51. VENAFLON 450+50MG
52. PROLOPA BR 100/25MG
53. CABAMAZEPINA 20MG
54. FENOBARBITAL 4%
55. ARISTAB 10MG
56. REXULTI 0,5MG
57. DESVENLAFAXINA 100MG
58. VENVANSE 30MG
59. TAMOXIFENO 20 MG (MANIPULADO)
60. RITALINA 10MG
61. BUPROPRIONA 300MG

JAPARATUBA, 03 DE JULHO DE 2026.


Juscelino de Menezes Souza
Assistente Social
CRESS / 18ª 3767



ESTADO DE SERGIPE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JAPARATUBA

Orientações para obter Medicamentos de Alto Custo

Orientações para obter Medicamentos de Alto Custo É necessário solicitar ao médico um laudo, em duas vias, com informações sobre a enfermidade, o tipo e o período de tratamento e a dosagem. Por meio desse laudo, são avaliadas a solicitação e a autorização para a retirada dos medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica que são feitas no CASE (Centro de Atenção à Saúde de Sergipe).

Se ainda não tiver o laudo em mãos, o paciente deve retirar o formulário LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) na unidade de saúde e levá-lo para que o médico o preencha. Após feito o preenchimento do LME o paciente deve se dirigir a Secretaria Municipal de Saúde localizada no endereço: Rua Praça Padre Caio Tavares, nº 64 das 7h às 12h ou 13h às 17h para avaliação da e conferência da Assistente Social, na qual a mesma será responsável por da entrada no CASE/Aracaju como preposto responsável pelo Município de Japaratuba. Documentos necessários:

É preciso apresentar o Cartão SUS, RG, CPF, comprovante de residência, receita médica e LME.

Obs.: É fundamental para comprovar a necessidade de uso do medicamento prescrito. O profissional terá que informar o código da enfermidade que consta na CID (Classificação Internacional de Doenças) e o número de seu cadastro no CRM (Conselho Regional de Medicina). Para ter validade, o formulário precisa estar carimbado e assinado pelo médico.



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

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente ☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*