

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DO CEAF — INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica



Prefeitura de Várzea Paulista — Unidade Gestora Municipal de Saúde — NASSFAR: (11) 4595-1159



■ Download do formulário LME: gov.br — [LME.pdf](#) | Guia Estadual CEAF SP: saude.sp.gov.br

1 SOLICITAÇÃO DO MEDICAMENTO — Campos 1 a 17 (preenchimento exclusivo do médico)

1	CNES Código do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado.
2	Nome do Estabelecimento Nome fantasia do estabelecimento de saúde solicitante.
3	Nome Completo do Paciente Nome completo sem abreviaturas.
4	Nome da Mãe do Paciente Nome completo da mãe do paciente.
5	Peso Peso atual do paciente em quilogramas.
6	Altura Altura atual do paciente em centímetros.
7	Medicamento Nome(s) do(s) medicamento(s) conforme Tabela de Procedimentos/Medicamentos do SUS.
8	Quantidade Solicitada Quantidade do(s) medicamento(s) por mês de tratamento.
9	CID-10 Classificação Internacional de Doenças que motivou a solicitação.
10	Diagnóstico Diagnóstico da doença com base na denominação da CID-10.
11	Anamnese Histórico do paciente desde os sintomas iniciais até a observação clínica.
12	Tratamento Prévio Informar se realizou ou realiza tratamento. Se sim, descrever o esquema terapêutico.
13	Atestado de Capacidade Indicar se o paciente é capaz de comparecer ou é incapaz (menores, incapacidade mental etc.). Se incapaz, informar nome do responsável.
14	Nome do Médico Solicitante Nome do profissional, cadastrado no CNES do estabelecimento.
15	CNS do Médico Número do Cartão Nacional de Saúde do médico solicitante.

16	Data da Solicitação Data no formato dd/mm/aaaa.
17	Assinatura e Carimbo Assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe.
<p>■ ■ Campos 18 a 23 — Preenchidos pelo paciente, mãe, responsável ou médico. Se outra pessoa preencher, informar nome completo e CPF.</p>	
18	Responsável pelo Preenchimento Assinalar o responsável pelos campos 19–23. Se outro, informar nome e CPF.
19	Raça/Cor Declaração do próprio usuário (Portaria SAS/MS nº 719/2007). Se indígena, informar etnia.
20	Telefone(s) do Paciente Número(s) de telefone para contato.
21	Documento do Paciente Assinalar CPF ou CNS e preencher com o número.
22	E-mail do Paciente Correio eletrônico para contato.
23	Assinatura do Responsável Assinatura do responsável pelo preenchimento dos campos 18 a 23.

2 AVALIAÇÃO TÉCNICA — Campos 1 a 14

1	Nome do Paciente Nome completo sem abreviaturas.
2	CNS do Paciente Número do Cartão Nacional de Saúde do paciente.
3	Código(s)/Medicamento(s) Medicamentos e seus códigos da Tabela de Procedimentos do SUS, na ordem da solicitação.
4	CID-10 CID-10 descrita pelo médico solicitante.
5	Deferimento Assinalar os números dos medicamentos que preenchem os critérios do PCDT.
6	Observação Observações pertinentes do avaliador.
7	Devolução Motivo: preenchimento incompleto, incorreto, ausência de documentação, ausência de exame ou outros.
8	Especificação da Devolução Informações complementares sobre o motivo da devolução.
9	Indeferimento Motivo: não preenche critérios do PCDT, medicamento não padronizado, CID-10 não padronizado ou outros.
10	Especificação do Indeferimento Informações complementares sobre o motivo do indeferimento.
11	Nome do Avaliador Nome completo do avaliador.

12	CNS do Avaliador Número do CNS do avaliador.
13	Data da Avaliação Data no formato dd/mm/aaaa.
14	Assinatura e Carimbo Assinatura e carimbo do avaliador.

3 AUTORIZAÇÃO — Campos 1 a 8

1	Autorização Assinalar os números dos medicamentos deferidos que poderão ser autorizados.
2	Especificação Informações complementares sobre não autorização ou alterações.
3	Número da APAC Número da Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) no SIA/SUS.
4	Vigência Período de vigência da APAC.
5	Nome do Autorizador Nome completo do autorizador.
6	CNS do Autorizador Número do CNS do autorizador.
7	Data da Autorização Data no formato dd/mm/aaaa.
8	Assinatura e Carimbo Assinatura e carimbo do autorizador.

Fonte: Ministério da Saúde — CEAF | Unidade Gestora Municipal de Saúde — Prefeitura de Várzea Paulista