



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÍTIO NOVO – MA
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA -
CEAF**

Procedimentos necessários para solicitação do CEAF (“alto custo”)

1. Atendimento inicial / triagem

Na farmácia:

- ✓ identificar medicamento solicitado
- ✓ conferir se ele está no CEAF
- ✓ verificar se há PCDT (protocolo e diretrizes terapêuticas) ativo
- ✓ orientar paciente ou responsável sobre documentação

2. Emissão médica

O prescritor deve fornecer:

- Receita médica atualizada
- LME – Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização
- relatório clínico / justificativa quando necessário
- exames exigidos no protocolo (os exames devem estar dentro do período de validade requerido)
- CID preenchido corretamente
- assinatura + carimbo + CRM

3. Separação da documentação do paciente

Paciente entrega:

- Cartão SUS
- RG
- CPF
- comprovante de residência
- procuração + documento do responsável (quando necessário)
- exames



- receita
- LME
- relatório médico

4. Protocolo / abertura do processo

Farmácia:

- ✓ recebe documentos
- ✓ confere checklist
- ✓ registra entrada
- ✓ orienta prazo estimado
- ✓ entrega comprovante/protocolo

5. Avaliação técnica estadual

Equipe avalia:

- critérios do PCDT
- exames
- indicação clínica
- documentação

Resultado:

- deferido
- deferido parcialmente
- indeferido / pendência documental

6. Dispensação

Farmacêutico:

- orienta uso
- explica conservação
- agenda retorno
- orienta renovação



7. Renovação

Normalmente exige:

- receita atualizada
- exames
- nova LME (quando aplicável)
- reavaliação médica

Relação de documentos exigidos (checklist)

- ☐ Cartão SUS
- ☐ RG
- ☐ CPF
- ☐ Comprovante de residência atualizado
- ☐ Receita médica válida
- ☐ LME preenchida e assinada
- ☐ Relatório médico / justificativa clínica
- ☐ Exames exigidos pelo protocolo
- ☐ Termo de responsabilidade (quando aplicável)
- ☐ Procuração / responsável legal (se necessário)



3) Modelo de requerimento / pedido do usuário

REQUERIMENTO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF

À Secretaria Municipal/Estadual de Saúde

Eu, _____,

CPF: _____

Cartão SUS: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Venho requerer avaliação e dispensação do medicamento abaixo descrito, por indicação médica, conforme documentação anexada:

Medicamento: _____

Dosagem: _____

CID / Diagnóstico: _____

Médico responsável: _____

CRM: _____

Declaro que entreguei os documentos exigidos para análise e estou ciente de que poderão ser solicitadas informações complementares e/ou exames adicionais.

Documentos anexados:

☐ RG

☐ CPF

☐ Cartão SUS

☐ Comprovante de residência

☐ Receita médica

☐ LME

☐ Relatório médico

☐ Exames

☐ Outros: _____

Local: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do paciente / responsável
