

## **RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

**PCDT:** TRANSPLANTE CARDÍACO V2  
**CID:** Z94.1  
**Produto:** CICLOSPORINA 100 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 25 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 50 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 10 MG CAP GRUPO 2 , CICLOSPORINA 100 MG/ML SOL ORAL (FR) 50 ML GRUPO 2 , MICOFENOLATO DE SÓDIO 180 MG COMP GRUPO 1.A, MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 MG COMP GRUPO 1.A, AZATIOPRINA 50 MG COMP GRUPO 2 , METILPREDNISOLONA 500 MG PÓ LIOF INJ (AMP) GRUPO 2 , MICOFENOLATO DE SÓDIO 360 MG COMP GRUPO 1.A

### **EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS**

<b>Documentos</b>	<b>Nova Solicitação</b>	<b>Adequação</b>
Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido	Sim	Sim
Prescrição médica devidamente preenchida	Sim	Sim
Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não
Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Sim	Não
Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.	Sim	Não