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