



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Nota Técnica CAF nº 03, de 30 de maio de 2018 (ATUALIZADO EM 05.06.2018)**

**Assunto:** Informações acerca do correto preenchimento do Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME).

**Destinatários:**

- Médicos prescritores e autorizadores
- Farmácias de Medicamentos Especializados dos Departamentos Regionais de Saúde;
- Núcleos de Assistência Farmacêutica dos Departamentos Regionais de Saúde;
- Serviços Municipais de Saúde;
- Usuários do Sistema Único de Saúde.

Conforme estabelecido pela Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017 e suas atualizações, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para solicitação de medicamentos do CEAF às Farmácias de Medicamentos Especializados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) ou Farmácias Municipais autorizadas é obrigatória a apresentação dos seguintes documentos:

- I - cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS);
- II - cópia de documento de identidade, cabendo ao responsável pelo recebimento da solicitação atestar a autenticidade de acordo com o documento original de identificação;
- III - Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido;**
- IV - prescrição médica devidamente preenchida, [com identificação completa do profissional].
- V - documentos exigidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados na versão final pelo Ministério da Saúde, conforme a doença e o medicamento solicitado; e
- VI - cópia do comprovante de residência (BRASIL, 2017, Art. 69., grifo nosso).

O LME é um formulário de modelo padrão (layout) estabelecido pela Portaria citada (Figura 1), disponibilizado pelo portal eletrônico do Ministério da Saúde em formato eletrônico ou para preenchimento manual.

A versão do LME eletrônico é um instrumento para facilitar o preenchimento do Laudo pelo médico assistente, não substituindo em nenhum momento o fluxo normal de solicitação de medicamentos do CEAF. Após o preenchimento do LME, pelo médico assistente, esse documento deverá ser impresso, carimbado e assinado para compor a lista de documentos necessários para solicitar o(s) medicamento(s) do CEAF.

Para cada tratamento por doença, definida de acordo com a CID-10, haverá a necessidade de preenchimento de um LME.

Cada LME terá 60 (sessenta) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

Assim, visando à diminuição de retrabalhos na elaboração do LME pelos médicos assistentes, pacientes ou seu representante (facilitando o acesso aos medicamentos), bem como, atendendo a orientações de órgãos de controle, responsáveis pela fiscalização da correta execução do CEAF pela SES/SP, ressaltamos as regras para elaboração correta e completa do LME:



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Figura 1. Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

| SUS   |        | Sistema Único de Saúde<br>Ministério da Saúde<br>Secretaria de Estado da Saúde |        |
|---|--------|--|--------|
| <b>COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA</b>   |        |  |        |
| <b>LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)</b>  |        |  |        |
| <b>SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)</b>  |        |  |        |
| <b>CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE</b>  |        |  |        |
| 1-Número do CNES* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <input type="text"/>  |        |  |        |
| 3- Nome completo do Paciente* <input type="text"/>  |        |  |        |
| 4- Nome da Mãe do Paciente* <input type="text"/>  |        |  |        |
| 5-Peso do paciente* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg   |        |  |        |
| 6-Altura do paciente* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm   |        |  |        |
| 7- Medicamento(s)*  |        |  |        |
| 8- Quantidade solicitada*   |        |  |        |
|   | 1º mês | 2º mês   | 3º mês |
| 1   |        |  |        |
| 2   |        |  |        |
| 3   |        |  |        |
| 4   |        |  |        |
| 5   |        |  |        |
| 9- CID-10* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 10- Diagnóstico <input type="text"/>   |        |  |        |
| 11- Anamnese* <input type="text"/>  |        |  |        |
| 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*   |        |  |        |
| <input type="checkbox"/> SIM. Relatar:<br><input type="checkbox"/> NÃO  |        |  |        |
| 13- <b>Atestado de capacidade*</b><br>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?<br><input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <input type="text"/><br>Nome do responsável                                  |        |  |        |
| 14- Nome do médico solicitante* <input type="text"/>  |        |  |        |
| 17- Assinatura e carimbo do médico* <input type="text"/>  |        |  |        |
| 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>            |        |  |        |
| 16- Data da solicitação* <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>   |        |  |        |
| 18- <b>CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*</b> : <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante<br><input type="checkbox"/> Outro, informar nome: <input type="text"/> e CPF <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>            |        |  |        |
| 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*<br><input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela<br><input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: <input type="text"/><br><input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação  |        |  |        |
| 20- Telefone(s) para contato do paciente <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>                                       |        |  |        |
| 21- Número do documento do paciente<br><input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |        |  |        |
| 22- Correlio eletrônico do paciente <input type="text"/>  |        |  |        |
| 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* <input type="text"/>  |        |  |        |

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



## **CAMPOS 1 A 17 DO LME: PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE**

- **LME de preenchimento manual:**

- Utilizar apenas uma cor de caneta (preferencialmente azul ou preta);
- Preencher todos os campos de forma legível, evitando siglas

- **LME eletrônica:**

- Preencher todos os campos eletronicamente, com exceção do item 17 “Assinatura e carimbo do médico”, evitando siglas.

Atenção: Em casos excepcionais, de LME com preenchimento eletrônico, em que haja necessidade de complementação de campos de forma manual, o médico solicitante deverá carimbar e assinar ao lado da informação adicionada manualmente, a fim de atestar a veracidade da alteração realizada. A assinatura e carimbo devem ser idênticos aos do campo 17.

**Campo 1 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Número do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES): preencher com o código identificador do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

1-Número do CNES\*

**Campo 2** – Nome do estabelecimento de saúde solicitante: preencher com o nome fantasia do estabelecimento de saúde ao qual o médico solicitante está vinculado e que originou a solicitação de medicamento(s).

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

**Campo 3 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Nome completo do Paciente: preencher com o nome completo do paciente sem abreviaturas.

3- Nome completo do Paciente\*

**Campo 4 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Nome da mãe do paciente: preencher com o nome completo da mãe do paciente.

4- Nome da Mãe do Paciente\*



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Campo 5 (PREENCHIMENTO OBRITÓRIO)** – Peso: preencher com o peso atual do paciente, em quilogramas.

5-Peso do paciente\*

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 kg

**Campo 6 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Altura: preencher com a altura atual do paciente, em centímetros.

6-Altura do paciente\*

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

 cm

**Campo 7 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Medicamento: preencher com o(s) nome(s) do(s) medicamento(s) solicitado(s), de acordo com o descrito na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde, com a respectiva dosagem.

| 7- Medicamento(s)* |  |
|--------------------|--|
| 1                  |  |
| 2                  |  |
| 3                  |  |
| 4                  |  |
| 5                  |  |

Observação: Em caso de solicitação de mais de 5 (cinco) medicamentos para a mesma doença, o mesmo médico deverá preencher mais de um LME.

**Campo 8 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Quantidade solicitada: preencher com a quantidade do(s) medicamento(s) solicitado(s) para cada mês de tratamento. Preencher com a quantidade a ser utilizada por mês pelo paciente. Ex. “31” comprimidos; “2” frascos. Não deve haver rasura.

| 8- Quantidade solicitada* |        |        |
|---------------------------|--------|--------|
| 1º mês                    | 2º mês | 3º mês |
|                           |        |        |
|                           |        |        |
|                           |        |        |
|                           |        |        |
|                           |        |        |

**Campo 9 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – CID-10: preencher com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) que corresponde à doença/lesão/agravo que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), com uma letra e três números (Grupo e Subgrupo), com exceção dos CID-10 D70, G20, G35 e M45 que podem ser preenchidos com apenas dois números após a letra (Apenas o Grupo).

9- CID-10\*

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Observação: Para cada CID-10, deverá ser elaborado um LME diferente.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Campo 10** – Diagnóstico: diagnóstico da doença que motivou a solicitação do(s) medicamento(s), descrito com base na denominação da CID-10.

10- Diagnóstico \_\_\_\_\_

**Campo 11 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Anamnese: histórico do paciente que vai desde os sintomas e sinais iniciais até o momento da observação clínica.

11- Anamnese\* \_\_\_\_\_

Observação: Neste campo, o médico deverá inserir informações que justifiquem e comprove a indicação de tratamento, considerando as diretrizes dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

**Campo 12 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?: Assinalar se o paciente realiza ou já realizou tratamento para a doença descrita no campo nove. Caso esteve ou está em tratamento, deverá relatar o(s) esquema(s) terapêutico(s) utilizado(s).

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

SIM. Relatar:

NÃO

**Campo 13 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Atestado de capacidade:

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença daquele considerado incapaz, de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil e Lei nº 13.146, de 2015:

- Os menores de 16 (dezesesseis) anos;
- Aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos ou que não puderem exprimir sua vontade, mesmo que transitória;
- Ébrios habituais, viciados em tóxicos, ou os que, por deficiência mental, tenham o discernimento reduzido; os excepcionais, sem desenvolvimento mental completo;
- Os pródigos;
- Aqueles que, por causa transitória ou permanente, não puderem exprimir sua vontade.

Desta forma, considerando a avaliação clínica do médico, descrever se o paciente preenche os critérios, ou não, de incapacidade. Caso presente, descrever o nome completo do responsável pelo paciente.

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

Observação: Caso existam duas pessoas responsáveis (ex. mãe e pai), escrever os dois nomes no campo “Nome do responsável”.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Campo 14 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Nome do médico solicitante: preencher com o nome do profissional que solicita o procedimento, que deve estar cadastrado no CNES do estabelecimento solicitante.

14- Nome do médico solicitante\*

**Campo 15 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante: Preencher com o número do CNS do médico solicitante.

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

**Campo 16 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Data da solicitação: preencher com a data da solicitação, registrando o dia mês e ano no formato dd/mm/aaaa.

16- Data da solicitação\*

**Campo 17 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Assinatura e carimbo do médico: assinatura e carimbo com número de registro no Conselho de Classe do médico solicitante.

17- Assinatura e carimbo do médico\*

Observação: Em caso de ausência de carimbo, o médico solicitante deve assinar e informar o número de registro no Conselho Regional de Medicina, considerando que seu nome já consta no campo 14 do LME.

## CAMPOS 18 A 23 DO LME:

### PREENCHIMENTO PELO PRÓPRIO PACIENTE, MÃE DO PACIENTE, RESPONSÁVEL PELO PACIENTE OU MÉDICO SOLICITANTE

- **LME de preenchimento manual:**

- Preencher de forma legível e sem rasuras

- **LME eletrônica:**

- Preencher todos os campos eletronicamente, com exceção do item 23 “Assinatura do responsável pelo preenchimento”.

Atenção: Em casos de **preenchimento eletrônico** do LME pelo médico solicitante, não há impedimentos de **preenchimento manual** dos campos 18 a 23.

**Campo 18 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Assinalar o responsável pelo preenchimento dos campos 19, 20, 21, 22 e 23. No caso do responsável pelo preenchimento ser outra pessoa além do paciente, mãe do paciente, responsável descrito no item 13 ou o médico solicitante deverá ser informado o nome completo da pessoa sem abreviaturas e seu número de cadastro de pessoa física (CPF).

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante  
 Outro, informar nome: \_\_\_\_\_ e CPF \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Campo 19 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Preencher a raça/cor do paciente expressada pelo próprio usuário ou seu responsável, conforme descrição da Portaria SAS/MS nº 719 de 28 de dezembro de 2007. Caso seja assinalada a Raça/Cor Indígena, deverá ser preenchida também sua etnia, conforme a Tabela de Etnias Indígenas Brasileiras descrita na Portaria SAS/MS nº 508 de 28 de setembro de 2010.

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Branca | <input type="checkbox"/> Amarela                         |
| <input type="checkbox"/> Preta  | <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Parda  | <input type="checkbox"/> Sem informação                  |

**Campo 20** – Telefone(s) de contato do Paciente: preencher com número(s) de telefone do paciente para possíveis contatos.

20- Telefone(s) para contato do paciente

|  |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Campo 21** – Número do documento do Paciente: assinalar com um “x” no campo correspondente ao CPF ou CNS e preencher com o número do documento assinalado.

21- Número do documento do paciente

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Campo 22** – Correio eletrônico do Paciente: preencher com o correio eletrônico (e-mail) do paciente para possíveis contatos.

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_

**Campo 23 (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)** – Assinatura do responsável pelo preenchimento: assinatura da pessoa responsável pelo preenchimento campos 18, 19, 20, 21, 22 e 23.

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

|  |
|--|
|  |
|--|





## PREENCHIMENTO INADEQUADO

Será considerado como preenchimento inadequado do LME:

- Preenchimento de modo ilegível:

Ilegível

3- Nome completo do Paciente  
4- Nome da Mãe do Paciente

- Preenchimento incorreto dos campos:

Tempo de tratamento no campo "Anamnese"

7- Medicamento(s)  
8- Quantidade solicitada  
10- Diagnóstico  
11- Anamnese  
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?  
 SIM. Relatar:  
 NÃO

- O não preenchimento de campos obrigatórios, ou seja, o preenchimento incompleto do LME;

Sem informação

Sem informação

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\*  
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*  
16- Data da solicitação\*  
17- Assinatura e carimbo do médico\*  
Pneumologista  
CRM





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Presença de rasuras:

Considera-se rasura:

- Terceiro preencher campos de preenchimento exclusivo do médico solicitante (letras diferentes).

| Medicamento(s)*                      | Quantidade solicitada* |        |        |
|--------------------------------------|------------------------|--------|--------|
|                                      | 1º mês                 | 2º mês | 3º mês |
| 1 MESALAZINA 800 MG COMPRIMIDO       | 150                    | 150    | 150    |
| 2 MESALAZINA 1000 MG POR SUPOSITÓRIO | 30                     | 30     | 30     |
| 3                                    |                        |        |        |
| 4                                    |                        |        |        |
| 5                                    |                        |        |        |

9 - CID-10\* K61.3 10 - Diagnóstico Doença inflamatória intestinal  
11 - Anamnese Pac. com diagnóstico retolto em trat. medicamentoso

- A utilização de diferentes cores de caneta para o preenchimento de um mesmo LME;

| Medicamento(s)*    | Quantidade solicitada* |        |        |
|--------------------|------------------------|--------|--------|
|                    | 1º mês                 | 2º mês | 3º mês |
| 1 Amantadina 100mg | 90cp                   | 90cp   | 90cp   |
| 2                  |                        |        |        |
| 3                  |                        |        |        |
| 4                  |                        |        |        |
| 5                  |                        |        |        |

9 - CID-10\* S12.01 10 - Diagnóstico Parkinson.

- Riscos ou correções grosseiras no preenchimento de quaisquer campos do LME;

13. Atestado  
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código de Defesa do Consumidor.  
 NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação de medicamento.  
980016283306  
14. Nome do médico solicitante\* J. MOREIRA  
15. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* 980016283306

- Preenchimento do campo 9 do LME "CID-10" com apenas dois números após a letra.

9 - CID-10\* 10 - Diagnóstico\*  
G40 - EPILEPSIA

- Utilização de corretivos;

| Medicamento(s)*     | Quantidade solicitada* |        |        |
|---------------------|------------------------|--------|--------|
|                     | 1º mês                 | 2º mês | 3º mês |
| 1 Lamotrigina 100mg | 60                     | 60     | 60     |
| 2                   |                        |        |        |
| 3                   |                        |        |        |
| 4                   |                        |        |        |
| 5                   |                        |        |        |

20-Telefone(s) para contato do paciente 721758  
23-Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

- Rabiscos que tornam ilegíveis quaisquer termos escritos nos campos do LME.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

As Farmácias de Medicamentos Especializados da SES/SP ou Farmácias Municipais deverão triar os documentos entregues pelos pacientes ou seus representantes, e em casos de recebimento de **LME com preenchimento inadequado**, deverá devolver o processo para **adequação**.

Esta Nota Técnica foi submetida à apreciação do Grupo Técnico Normativo de Auditoria e Controle de Saúde (GNACS/CRS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Adriane Lopes Medeiros  
Assistente Técnico III  
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

Karina de Oliveira Fatel Martins  
Diretor Técnico de Saúde II  
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

Alexandra Mariano Fidêncio Casarini  
Diretor Técnico de Saúde III  
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica

De acordo,

Sonia Maria Franchin Silva  
Coordenador de Saúde - Substituto  
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica