

CALCITRIOL

Hipoparatiroidismo

Portaria SAS/MS nº 450, de 29 de abril de 2016 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 0,25 mcg – cápsula**CIDs contemplados:** E20.0, E20.1, E20.8, E89.2**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 496 cápsulas
- Para faturamento (SIGTAP): 496 cápsulas

Grupo de financiamento: 2 – Aquisição pelo Estado de São Paulo.**Observações:** —

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

- [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
- Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
- Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF;
 - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de

CALCITRIOL HIPOPARATIROIDISMO (Atualizado em 19/12/2024)

- comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
- Dosagem sérica – cálcio OU Dosagem sérica – cálcio iônico;
 - Dosagem sérica – PTH (paratormônio);
 - Dosagem sérica – magnésio;
 - Dosagem sérica – fósforo;
 - Dosagem na urina – cálcio (24h).

ATENÇÃO: Não é necessária a apresentação do [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#). (Página 11 do Protocolo)

Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
 - Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF, em caso de emissão nos últimos 6 meses.

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

- Dosagem sérica – cálcio;
- Dosagem sérica – fósforo;
- Dosagem na urina – cálcio (24h);

CALCITRIOL HIPOPARATIROIDISMO (Atualizado em 19/12/2024)

- Dosagem na urina – creatinina (24h).

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.