

## GLICOPIRRONIO

### Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC

Resolução SS nº 35, de 18 de abril de 2019 ([Resolução na íntegra](#))

Nota Técnica CAF nº 02, de 10 de junho de 2019 ([Nota técnica na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 50mcg - cápsula para inalação

**CIDs contemplados:** J44.0, J44.1, J44.8

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 01 frasco, com 30 cápsulas

**Responsável pelo financiamento:** Secretaria de Estado da Saúde

**Observações:** Nome comercial SEEBRI®, fabricante NOVARTIS PHARMA STEIN AG-SUIÇA, conforme Ata de Registro de Preços vigente (nº 049/2018).

Veja aqui o [Manual de utilização do dispositivo inalatório](#).

#### Documentos necessários para solicitação do medicamento

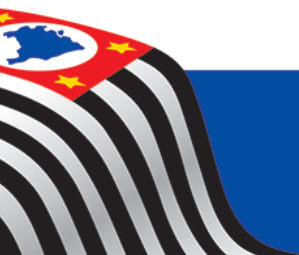
#### 1ª Solicitação

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.

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

2. [Relatório médico de solicitação de glicopirrônio, tiotrópio ou umeclidínio original](#), preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

Glicopirrônio – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (Atualizado em 19/06/2020)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Protocolos e Normas Técnicas Estaduais

4. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade (RG e CPF);
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
5. Cópia dos exames:
  - Espirometria, realizada nos últimos seis meses;
6. Atenção: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

## 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).

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento

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 e comprovante de endereço com CEP;

III – Número de telefone do representante.