

## ATORVASTATINA

Dislipidemia para Prevenção de Eventos Cardiovasculares e Pancreatite  
Portaria Conjunta nº 8, de 30 de julho de 2019 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

## Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 10 mg, 20 mg, 40 mg e 80 mg – comprimido

**CIDs contemplados:** E78.0, E78.1, E78.2, E78.3, E78.4, E78.5, E78.6, E78.8

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 10 mg – 248 comprimidos / 20 mg – 124 comprimidos / 40 mg – 62 comprimidos / 80 mg – 31 comprimidos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 10 mg – 248 comprimidos / 20 mg – 124 comprimidos / 40 mg – 62 comprimidos / 80 mg – 31 comprimidos

**Grupo de financiamento:** 2 - Aquisição pelo Estado de São Paulo

**Observações:** —

## 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. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATORVASTATINA – DISLIPIDEMIA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE (Atualizado em 06/03/2025)

**3. 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 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:**

- Descrição, no campo “anamnese” do LME (Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) do fator de risco cardiovascular apresentado pelo paciente:
  - Diabetes mellitus;
  - Risco cardiovascular definido pelo Escore de Risco de Framingham;
  - Evidência clínica de doença aterosclerótica.
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – CPK (creatinofosfoquinase);
- Dosagem sérica – TSH (Hormônio Tiroestimulante);
- $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil);
- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL (High-density lipoprotein);
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL ou cálculo do LDL pela equação de Friedewald;

$$\text{Equação de Friedewald: LDL} = [(\text{Colesterol total}) - \text{HDL}] - (\text{Triglicerídeos}/5)$$

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (Páginas 20 e 21 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).

ATORVASTATINA – DISLIPIDEMIA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE (Atualizado em 06/03/2025)

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 ou a cada alteração de dose:
  - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
  - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
  - Dosagem sérica – CPK (creatinofosfoquinase).

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.