

## TOXINA BOTULÍNICA TIPO A

### Distonias e Espasmo Hemifacial

Portaria SAS/SCTIE/MS nº 01, de 29 de maio de 2017 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 100 UI e 500 UI injetável – frasco-ampola

**CID contemplados:** G24.3, G24.4, G24.5, G24.8, G51.3, G51.8

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 100 UI – 8 frascos-ampola / 500 UI – 5 frascos-ampola

- **Para faturamento (SIGTAP):** 100 UI – 8 frascos-ampola / 500 UI – 5 frascos-ampola

**Grupo de financiamento:** 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

**Observações:** Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

A confirmação do diagnóstico, o tratamento e o acompanhamento dos pacientes são realizados em serviços especializados, por especialistas em neurologia, neurocirurgia ou fisioterapia.

Intervalo mínimo entre as aplicações: três meses, mesmo que em músculos diferentes.

#### 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.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente

TOXINA BOTULINICA TIPO A – DISTONIAS E ESPASMO HEMIFACIAL (Atualizado em 14/12/2022)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Documento de identidade e CPF;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
- $\beta$ -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) ou documento de esterilização (apenas para mulheres em idade fértil).
5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (pág. 16).

## 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;
- II – Número de telefone do representante.