

VELPATASVIR / SOFOSBUVIR

Hepatite Viral C e Coinfecções

Portaria nº 84, de 19 de dezembro de 2018 ([Protocolo na íntegra](#))

[Nota Técnica Conjunta CEA/CAF/ SES-SP e PEHV/CVE/CCD/SES-SP nº 01, de 01 de março de 2021](#)

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: velpatasvir 100mg + sofosbuvir 400mg – comprimido revestido

CID contemplados: B17.1, B18.2

Quantidade máxima mensal:

- **Por dispensação:** 28 comprimidos

Tratamento: 12 semanas = 3 dispensações / 24 semanas = 6 dispensações

- **Para faturamento mensal (SIGTAP):** 28 cartelas

Grupo de financiamento: 1A

Observações: Idade mínima – 18 anos.

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. [Relatório médico específico para Hepatite C Crônica – modelo padrão SES/SP.](#)
4. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade;

VELPATASVIR / SOFOSBUVIR – HEPATITE VIRAL C E COINFECÇÕES (Atualização em 22/12/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

5. Cópia dos exames:

- a) Pacientes adultos (com 18 anos ou mais), que não fizeram tratamento prévio com antivirais de ação direta e sem resultado de exame de genotipagem para o HCV:
 - Exame HCV-RNA quantitativo realizado nos últimos 12 meses;
 - β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) para mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da PRIMEIRA DISPENSAÇÃO dos medicamentos ou documento de esterilização;
- b) Demais pacientes adultos (com 18 anos ou mais):
 - Exame HCV-RNA quantitativo realizado nos últimos 12 meses;
 - β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) para mulheres em idade fértil: realizado até 15 dias antes da PRIMEIRA DISPENSAÇÃO dos medicamentos ou documento de esterilização
 - Genotipagem (realizado em qualquer tempo).

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

Renovação da Continuidade

Para tratamentos com duração de 24 semanas:

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 dos exames:
 - Não são exigidos exames de monitoramento.

VELPATASVIR / SOFOSBUVIR – HEPATITE VIRAL C E COINFECÇÕES (Atualização em 22/12/2022)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

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.