



### SACUBITRIL/VALSARTANA

SACUBITRIL 24mg/ VALSARTANA 26mg (COMPRIMIDO)  
SACUBITRIL 49mg/ VALSARTANA 51mg (COMPRIMIDO)  
SACUBITRIL 97mg/ VALSARTANA 103mg (COMPRIMIDO)

#### INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

Portaria Conjunta SAES-SCTIE/MS nº 17 – 18/11/2020 ([Protocolo na íntegra](#))

CIDs contemplados: I50.0; I50.1; I50.9
<b>Observação:</b> o medicamento será disponibilizado para pacientes com idade superior a 18 anos e inferior a 75 anos.
<b>PRIMEIRA SOLICITAÇÃO - documentação necessária:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>Cópia de documentos pessoais do paciente<ul style="list-style-type: none"><li>Documento de identidade;</li><li>Comprovante de residência com CEP;</li><li>Cartão Nacional de Saúde (CNS).</li></ul></li><li><a href="#">Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original</a>, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.</li><li>Prescrição de medicamento original, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.</li><li>Laudo médico descrevendo sinais e sintomas apresentados pelo paciente, classe funcional NYHA e detalhamento dos medicamentos já utilizados, suas doses e tempo de uso.</li><li>Cópia dos exames:<ul style="list-style-type: none"><li>● Dosagem sérica BNP <b>ou</b> NT-ProBNP</li><li>● Laudo de Ecocardiografia</li></ul></li></ol> <p>Observação: <b>Não é necessário</b> anexar o Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para solicitar o medicamento</p>
<b>RENOVAÇÃO DA SOLICITAÇÃO - documentação necessária:</b> <ol style="list-style-type: none"><li><a href="#">Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original</a>, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.</li><li>Prescrição de medicamento original, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.</li></ol>

3. Cópia dos exames:

**Semestralmente**

- Dosagem sérica de creatinina
- Dosagem sérica de potássio

Informações disponíveis em: [saude.rs.gov.br/medicamentos](http://saude.rs.gov.br/medicamentos)

**ATENÇÃO:** Verifique se esse medicamento pode ser solicitado pela via digital, sem a necessidade de comparecer à farmácia: [ame.rs.gov.br/solicitacao](http://ame.rs.gov.br/solicitacao)