

Ofício 352/2026

De: Rodrigo S. - GP

Para: Bruno Henrique Silva de Oliveira

Data: 08/01/2026 às 21:24:16

Setores envolvidos:

GP

Encaminhar resposta ao Requerimento Nº 3828/2025 - Pedido de Informação

Excelentíssimo Senhor

Bruno Henrique Silva de Oliveira

Presidente da Câmara Municipal de Caruaru-PE

Cumprimentando-o, em resposta ao Requerimento Nº 3828/2025 - Pedido de Informação de autoria do Vereador Anderson Correia, encaminho resposta em anexo.

Atenciosamente,

—

Rodrigo Anselmo Pinheiro Dos Santos

Prefeito de Caruaru

Anexos:

ilovepdf_merged_67_.pdf

Assinado digitalmente (emissão) por:

Assinante	Data	Assinatura
Rodrigo Anselmo Pinheiro D...	08/01/2026 21:25:09	ICP-Brasil RODRIGO ANSELMO PINHEIRO DOS SANTOS CPF 039....

Para verificar as assinaturas, acesse <https://caruaru.1doc.com.br/verificacao/> e informe o código: **2D55-E073-3E08-39E3**

Caruaru, 15 de dezembro de 2025.

MEMO FARMÁCIA CARUARU SÃO FRANCISCO II Nº 015/2025

Assunto: Requerimento da Câmara de Vereadores - Pedido de informação acerca do medicamento Ritalina LA.

Considerando a solicitação do Gabinete do Vereador Anderson Correia acerca do medicamento Ritalina LA 20mg, informamos que referido medicamento não integra o elenco da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) 2024, conforme disposto em seu Anexo I – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Dessa forma, o medicamento não é ofertado pela Rede Pública Municipal de Assistência à Saúde.

Ademais, esclarecemos que o medicamento em questão integra o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), conforme pactuação realizada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e publicação na RENAME. Assim, a concessão do medicamento supracitado é de competência da esfera estadual, uma vez que se encontra contemplado no referido componente, conforme orientações constantes no Guia do Usuário, em anexo.

Atenciosamente,

Adson Antonio dos Santos
Farmacêutico
CRF/PE 7846



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 2B99-32B1-99D7-AC2D

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



ADSON ANTONIO DOS SANTOS (CPF 115.XXX.XXX-03) em 08/01/2026 12:35:07 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://caruaru.1doc.com.br/verificacao/2B99-32B1-99D7-AC2D>



Elaboração: 2013	Última revisão: 07/06/2022	Próxima Revisão: 06/2024	Revisão: 3
TRANSTORNO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) CID 10: F90.0 NORMA TÉCNICA SES/PE Nº 25/2013			

Informações Gerais
Este é um guia que contém orientações sobre o medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF que você está recebendo gratuitamente pelo SUS. Seguindo orientações, você terá mais chance de se beneficiar com o tratamento.

Medicamentos CEAF	
Metilfenidato 10 mg, comprimido	Metilfenidato 10, 20, 30 e 40 mg, cápsula de liberação controlada

Documentos Pessoais a serem apresentados (original e cópia)
() Carteira de identidade com foto (RG) () Cadastro de Pessoa Física (CPF) () Comprovante de residência com CEP (conta de água, luz, telefone ou declaração de residência) () Cartão Nacional de Saúde (CNS) () Declaração Autorizadora, caso deseje credenciar representante para receber os medicamentos

Documentos a serem emitidos pelo Médico (original e cópia)	
✓ Solicitação inicial	✓ Renovação a cada 6 (seis) meses
() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (no campo anamnese, preencher com a história clínica do (a) paciente e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); () Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento; () Laudo Médico , descrevendo histórico clínico do paciente e diagnóstico;	() LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do CEAF (em qualquer mudança na terapêutica informar no campo (anamnese) e se o espaço não for suficiente utilizar laudo complementar); () Receita Médica , com posologia para 6 (seis) meses de tratamento;

Para recebimento da medicação (mensal)
() Notificação da Receita tipo “A” , com validade para 30 dias + receita comum; Tratamento para até 30 dias por receita
Notificação ou receita especial deverá ser anexada junto ao recibo de recebimento do medicamento e arquivada para fins de fiscalização.

Exames	
☒ Solicitação inicial	☒ Renovação a cada 6 (seis) meses
() Hemograma completo com contagem de plaquetas; () Dosagem do Hormônio Tireoestimulante – TSH. () Avaliação Clínica	() Hemograma completo com contagem de plaquetas; () Dosagem do Hormônio Tireoestimulante – TSH.
O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento. Em casos de resultado fora do especificado ou ausência de algum exame o médico deverá justificar para ser analisado. Dependendo da situação clínica do usuário, exames ou documentos adicionais poderão ser solicitados pelo avaliador técnico, de acordo com o Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica do Ministério da Saúde da respectiva doença.	

Serviços de Referência
Unidades de Saúde do SUS que atendam as especialidades de que trata este documento, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde e credenciadas à Farmácia de Pernambuco .

Observações:

1. O diagnóstico deve ser realizado pelo especialista correspondente a esta patologia ou em Centros de Saúde Mental..
2. Quando de **RENOVAÇÃO DA LME**, se não houver alteração do tipo, dose e orientação de uso da medicação, médicos de outras especialidades que não a(s) citada(s) acima poderão fazer o preenchimento para dispensação (embora sempre deverão preencher o item de anamnese – o campo que deve conter um relatório sucinto – da condição clínica do paciente.
3. No mínimo a cada 6 (seis) meses o paciente deverá ser avaliado por especialista ou em Centros de Saúde Mental.

Para receber os medicamentos

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a Farmácia de Pernambuco na data agendada para entrega dos documentos e dispensação do medicamento; No ato da entrega o paciente ou seu representante devem realizar a conferência (identificação, apresentação farmacêutica, lote, validade e quantidade dispensada que deve estar de acordo com o recibo que o mesmo assinará);

Em caso de medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) não serão dispensados sem a apresentação da caixa térmica e gelo (ou similar) suficientes para acondicionamento e período de transporte.

Observações

- A resposta à Solicitação será emitida em até 30 (trinta) dias;
- Os documentos para renovação do tratamento devem ser apresentados com antecedência de 30 (trinta) dias;
- Em caso de dúvidas que não esteja esclarecida nesse guia, antes de tomar qualquer atitude, procure orientação com o médico ou farmacêutico.
- Para o remédio em casa, o paciente recebe a ligação e concorda em receber o medicamento. Nesse caso ele deve permanecer no programa no mínimo 6 meses e aguardar o medicamento no período acordado (manhã ou tarde).
- Para acesso a Portaria integral acesse: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>
- Para acesso a Normas Técnicas Estaduais acesse: <http://www.farmacia.pe.gov.br/normas-tecnicas>

Termo de Consentimento para tratamento de dados pessoais - Lei LGPD nº 13.709, de 14 de agosto de 2018

Este documento visa registrar a manifestação livre, informada e inequívoca pela qual o proprietário dos dados concorda com o tratamento de seus dados pessoais para finalidade específica, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Ao aceitar o presente termo, o proprietário dos dados consente e concorda que seus dados serão usados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco para alimentar o Sistema Hórus do Ministério da Saúde para ter acesso ao seu tratamento.

Assinatura do paciente ou responsável legal

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

(Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017)

Nome Paciente: _____ CNS: _____

Autorizo os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e recebimento de medicamentos.

REPRESENTANTE 1*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:		CEP:
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 2*				
Nome Completo:				
Nº Doc. De Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:		CEP:
Telefones para contato:				
Email:				
REPRESENTANTE 3*				
Nome Completo:				
Nº Doc. de Identidade (RG):		UF:	Órgão Emissor:	
Nº CPF:				
Parentesco:				
Logradouro:		Nº	Complemento:	
Bairro:	UF:	Município:		CEP:
Telefones para contato:				
Email:				

*Anexar cópia do RG dos representantes autorizados.

Data: ____ / ____ /20__ Assinatura do paciente: _____



Campo para digital