

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 10/10/2025)

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN;
- 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 (realizados nos últimos seis meses):

- 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 Tireoestimulante);
- β -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;

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

Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar (até 55 anos):

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) realizado no último mês (para pacientes com possibilidade de engravidar);
- Relatório médico comprovando que a paciente está utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros ou possui meio de contracepção definitiva (esterilização); OU
- Termo de esclarecimento e responsabilidade do PCDT de Dislipidemia, devidamente preenchido e assinado pelo paciente e pelo médico responsável pelo acompanhamento.

ATORVASTATINA – DISLIPIDEMIA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE
(Atualizado em 10/10/2025)

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

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).

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/CIN, 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).

Para pacientes em idade fértil com possibilidade de engravidar (até 55 anos):

- β -HCG (Beta-Gonadotrofina Coriônica Humana) realizado no último mês ou documento de esterilização;
- Relatório médico comprovando que a paciente está utilizando pelo menos dois métodos contraceptivos seguros OU
- Termo de esclarecimento e responsabilidade do PCDT de Dislipidemia, devidamente preenchido e assinado pelo paciente e pelo médico responsável pelo acompanhamento.

ATORVASTATINA – DISLIPIDEMIA PARA PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES E PANCREATITE
(Atualizado em 10/10/2025)

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.