



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

CABERGOLINA

Acromegalia

Portaria Conjunta SAS/SCTIE/MS nº 23, de 22 de outubro de 2025 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 0,5mg – comprimido

CID contemplados: E 22.0

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 45 comprimidos

Para faturamento (SIGTAP): 45 comprimidos

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

Observações: –

Documentos necessários para a solicitação do medicamento

1ª Solicitação

- [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico (NEUROLOGISTA OU ENDOCRINOLOGISTA) 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.
- Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
- Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;

- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Dosagem de GH (Hormônio de Crescimento) após sobrecarga de glicose ou GH (Hormônio de Crescimento) basal para diabéticos;
- Dosagem de IGF-1 (Somatomedina C);
- Laudo/relatório médico da Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada da hipófise.

Documentos necessários para a solicitação do medicamento

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).
2. ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
3. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
4. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP.
5. Cópia dos exames:
A critério do médico prescritor: a cada 3 meses (1º ano) e após 1º ano:
 - Dosagem de IGF-1 (Somatomedina C);
 - GH (Hormônio de Crescimento) após sobrecarga de glicose.

A critério do médico prescritor:



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

- Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.