



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

RISPERIDONA

Comportamento Agressivo no Transtorno do Espectro do Autismo
Portaria Conjunta SAES/SCTIES/MS nº 07, de 12 de abril de 2022 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 1 mg, 2 mg e 3 mg – comprimido; 1 mg/ml – solução oral (por frasco de 30 ml)

CID contemplados: F84.0, F84.1, F84.3, F84.5, F84.8

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 1 mg – 310 comprimidos / 2 mg – 155 comprimidos / 3 mg – 93 comprimidos / 1 mg/ml – 11 frascos

Para faturamento (SIGTAP): 1 mg – 310 comprimidos / 2 mg – 155 comprimidos / 3 mg – 93 comprimidos / 1 mg/ml – 11 frascos

Grupo de financiamento: 1B - Aquisição pelo Estado do Amazonas com recurso federal

Observações: Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista C1)

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 neurologista ou psiquiatra 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. Receita de Controle Especial em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão.

Para este medicamento, a validade é de 30 dias, limitadas a somente uma dispensação por RISPERIDONA (COMPORTAMENTO AGRESSIVO COMO TRANSTORNO DO ESPCETRO DO AUTISMO)
ATUALIZADO EM 13/03/2026.

receita.

3. 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:

- Relatório médico conforme a Portaria SAS/MS 324 de 31/03/2016 com descrição clínica detalhada dos sinais e sintomas, os tratamentos não farmacológicos utilizados anteriormente, bem como a resposta aos tratamentos;
- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL;
- Dosagem sérica – triglicerídeos;
- Dosagem sérica – LDL;
- Glicemia de jejum.

ATENÇÃO: É necessário apresentar o 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. Receita de Controle Especial em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (mensalmente).

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão. Para este medicamento, a validade é de 30 dias, limitadas a somente uma dispensação por receita.

3. Cópia dos exames:

Anualmente:

- Dosagem sérica – colesterol total;
- Dosagem sérica – HDL
- Dosagem sérica – triglicérides;
- Dosagem sérica – LDL
- Glicemia de jejum;
- Prolactina.