

DAPAGLIFLOZINA

Diabetes Mellitus Tipo 2

Portaria SCTIE/MS nº 13, de 21 de fevereiro de 2026 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 10 mg (POR COMPRIMIDO)

CID contemplados: E11.2, E11.3, E11.4, E11.5, E11.6, E11.7, E11.8, E11.9

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 31 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 31 comprimidos

Grupo de financiamento: 2 - Aquisições pelo Estado do Amazonas

Observações:

Conservar em temperatura ambiente (15°C a 30°).

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.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



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:

- Dosagem sérica de Glicemia de Jejum;
- Dosagem sérica de HbA1c (Hemoglobina Glicada);
- Laudo/relatório médico contendo as seguintes informações: idade do paciente, presença de comorbidades, resposta aos tratamentos prévios.
- 40 anos ou mais: laudo/Relatório descrevendo a presença de doença cardiovascular estabelecida (infarto agudo do miocárdio prévio, cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, angioplastia prévia das coronárias, angina estável ou instável acidente vascular cerebral isquêmico prévio, ataque isquêmico transitório prévio e insuficiência cardíaca com fração de ejeção abaixo de 40%).
- 55 anos ou mais (no caso de homens) ou ter 60 anos ou mais (no caso de mulheres): laudo de exame ou relatório médico descrevendo alto risco de desenvolver doença cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo).

À critério médico do prescritor:

- Dosagem do Perfil lipídico;
- Dosagem sérica de Creatinina sérica,
- Dosagem de Proteinúria;
- Fundoscopia.

5. 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 assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (semestralmente). ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

DAPAGLIFOZINA (DIABETES MELLITUS TIPO 2) ATUALIZADO EM 01/10/2026.

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM**



2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (semestralmente).
3. Cópia dos exames:
 - Dosagem de Glicemia em jejum (semestralmente);
 - Dosagem de HbA1C (semestralmente).

Anualmente:

- Dosagem sérica de Creatinina.

À critério médico do prescritor:

- Dosagem do Perfil lipídico;
- Dosagem de Proteinúria;
- Fundoscopia.