



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

POP Nº 01/04

ELABORAÇÃO: 04/2025

REVISÃO: 04/2028

PREENCHIMENTO LME PARA RENOVAÇÃO DE RECEITUÁRIOS

EXCUTANTE: EQUIPE MÉDICA

ÁREA: SERVIÇOS DE SAÚDE MUNICIPAL

1. DEFINIÇÕES:

Realização do preenchimento do Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME) de forma correta, para liberação do(s) medicamentos. O preenchimento da LME Estadual deve ser realizado conforme orientação da SESA/PR, acompanhado da receita médica e solicitação de exames necessários conforme o diagnóstico CID-10.

2. ORIENTAÇÕES GERAIS:

Segue anexo modelo de ficha LME (anexo 01). Os campos selecionados em amarelo deverão ser devidamente preenchida pelo médico da unidade que realiza o acompanhamento clínico do paciente em questão. Segue abaixo detalhamento de cada campo.

1-Número do CNES*

2572869

O número do CNES (2572869) é padrão para todo o município de Santa Tereza do Oeste.

3- Nome completo do Paciente*

FULANA DE TAL

5-Peso do paciente*

71

kg

4- Nome da Mãe do Paciente*

BELTRANA DE TAL

6-Altura do paciente*

1,6

cm

Dados do paciente, incluindo peso e altura.

7. Medicamento(s)*

1 Codeína 30 mg (comprimido)

8- Quantidade solicitada*

1º mês 2º mês 3º mês 4º mês 5º mês 6º mês

60 60 60 60 60 60

Medicamento e quantidade mensal solicitada.

11- Anamnese*

INFORMAÇÕES DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE.

Breve relato contendo informações do atual quadro clínico do paciente.

14- Nome do médico solicitante*

DR. CICLANO DE TAL

17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*

PREENCHER SEU CNS

16- Data da solicitação*

XX/XX/XXXX Hoje

Nome do médico, número de seu CNS, data do preenchimento da solicitação, carimbo e assinatura.

Elaborado por:

Dr. Lucas Raiser da Cruz
CRM / PR: 36.906
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:

Enfª Priscila Kevelin Savaris - VISA
Farm. Hellen Cristina Flor de Lima Schillo
CFM/PR: 29.959

Aprovado por:

Daniela Minuzzo Pereira
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

- Medicamentos de controle especial necessitam de 6 vias de receituário pré-datados. Iniciando no mês atual e demais meses subsequentes, com validade para 6 meses de tratamento.
 - Exemplo: emissão da LME para medicamentos controlados (Codeína 30mg – 60cps/mês) com necessidade de 6 vias de receitas, realizada em 10/01/2025. 1ª receita datada em 10/01/2025, 2ª receita datada em 10/02/2025, 3ª receita datada em 10/03/2025 e assim sucessivamente.
- Medicamentos de não controle especial necessitam de 1 via de receituário simples com a data atual do preenchimento da ficha LME, com validade para 6 meses de tratamento.
- Receituários devem ser emitidos pelo sistema do prontuário eletrônico do município.
- Exames de controle e seguimento devem ser solicitados conforme o CID-10 e medicamento utilizado, sinalizado o verso da LME e deverão ser emitidos pelo sistema de prontuário eletrônico do município.
- Verificar dados pessoais do paciente: A LME e receituários deverão apresentar o nome completo do paciente, escritos de forma idêntica.

3. ORIENTAÇÕES PARA IMPRESSÃO DE RECEITUÁRIO

O campo quantidade de receitas deverá ser preenchido conforme a necessidade de receituários. Neste caso, serão impressos 6 vias de receituário conforme necessidade do processo LME.

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
CRM / PR: 36.906
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - VISA
Farm. Hellen Cristina Flor de Lima Schillo
CFM/PR: 29.959

Aprovado por:
Daniela Minuzzo Pereira
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

Medicamentos Prescrições Anteriores Prescrições Pré-definidas Demais Orientações Dados de Saúde

Tipo de Prescrição: Ambulatorial Tipo do Medicamento: Padronizado

Nome do Produto/Medicamento *

Concentração * Apresentação (Unid. Estocagem) * Quantidade * Quantidade Receita(s)

Via(s) de Administração ☐ Uso Contínuo?

Posologia(s) Predefinida(s)

Posologia *

Cód. Prod.	Produto	Concentração	Qtde	Apresentação	Posologia / Via de Administração
SIM 1527	CODEINA 30MG CPR.	30MG	60	COMPRIMIDO	1 CP DE 12/12H SE DORES INTENSA
SIM 1527	CODEINA 30MG CPR.	30MG	60	COMPRIMIDO	Receita: 2 / Vencimento: 15/06/2025 1 CP DE 12/12H SE DORES INTENSA
SIM 1527	CODEINA 30MG CPR.	30MG	60	COMPRIMIDO	Receita: 3 / Vencimento: 15/07/2025 1 CP DE 12/12H SE DORES INTENSA
SIM 1527	CODEINA 30MG CPR.	30MG	60	COMPRIMIDO	Receita: 4 / Vencimento: 14/08/2025 1 CP DE 12/12H SE DORES INTENSA
SIM 1527	CODEINA 30MG CPR.	30MG	60	COMPRIMIDO	Receita: 5 / Vencimento: 13/09/2025 1 CP DE 12/12H SE DORES INTENSA
SIM 1527	CODEINA 30MG CPR.	30MG	60	COMPRIMIDO	Receita: 6 / Vencimento: 13/10/2025

Exibindo 1 - 6 de 6

Emissão de 6 vias do receituário de medicamentos controlados. Neste formato, o sistema data as receita para cada mês subsequentes.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL Emitido em: 16/04/2025 18 Via Farmácia

Receituário nº: 5802671-1

Unidade: 952-1 / 2572869 - C S DE SANTA TEREZA DO OESTE

Endereço: BRASILIA, 425.
CENTRO - SANTA TEREZA DO OESTE / PR

Medicamento: 1527 - CODEINA 30MG CPR.
16/04/2025
Concentração: 30MG Apresentação: CPR Quantidade: 60

OBRIGATÓRIA A EMISSÃO DA NOTIFICAÇÃO PARA ESTE ITEM

Via Administração: ORAL (Uso Interno) Uso Contínuo

Posologia: 1 CP DE 12/12H SE DORES INTENSAS

Receituários datados corretamente:

- 1ª receita 16/04/25
- 2ª receita 16/05/25
- 3ª receita 16/06/25
- 4ª receita 16/07/25
- 5ª receita 16/08/25
- 6ª receita 16/09/25

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
CRM / PR: 36.906
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - VISA
Farm. Hellen Cristina Flor de Lima Schillo
CFM/PR: 29.959

Aprovado por:
Daniela Minuzzo Pereira
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028



PREFEITURA DE SANTA TEREZA DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
AVENIDA BRASÍLIA, Nº 425

ANEXO 01

Melhor visualizado no programa "Acrobat Reader 8" ou versão posterior. Clique aqui para fazer o download.

SUS Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES* 2572869 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente* FULANA DE TAL 5- Peso do paciente* 71 kg

4- Nome da Mãe do Paciente* BELTRANA DE TAL 6- Altura do paciente* 1,6 cm

1	2	3	4	5	6	8- Quantidade solicitada*					
						1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	Codeína 30 mg (comprimido)					60	60	60	60	60	60
2											
3											
4											
5											
6											

7- Medicamento(s)*

9- CID-10* R522 10- Diagnóstico OUTRA DOR CRÔNICA

11- Anamnese* INFORMAÇÕES DO QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE.

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* ☐ NÃO ☒ SIM. Relatar:

13- Atestado de capacidade*
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?
☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* DR. CICLANO DE TAL 17- Assinatura e carimbo do médico*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* PREENCHER SEU CNS 16- Data da solicitação* XX/XX/XXXX Hoje

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante
☐ Outro, informar nome: e CPF

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*
☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Elaborado por:
Dr. Lucas Raiser da Cruz
CRM / PR: 36.906
Diretor Clínico Municipal

Revisado por:
Enfª Priscila Kevelin Savaris - VISA
Farm. Hellen Cristina Flor de Lima Schillo
CFM/PR: 29.959

Aprovado por:
Daniela Minuzzo Pereira
Secretária de Saúde
Gestão 2025-2028