

DAPAGLIFLOZINA

Diabetes Mellitus Tipo 2

Portaria SECTICS/MS nº 7, de 28 de fevereiro de 2024([Protocolo na Íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

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 de São Paulo**Observações:**

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

Idade mínima: *40 anos e doença cardiovascular estabelecida que não responderam ao tratamento otimizado com metformina e sulfonilureia.

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 assistente do paciente, não sendo obrigatório ser médico endocrinologista (semestralmente).

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:

- Glicemia de Jejum
- HbA1c
- Laudo/relatório médico contendo as seguintes informações: idade do paciente, presença de comorbidades, resposta aos tratamentos prévios.

***MULHERES e HOMENS TRANS:**

- **40 anos a 59 anos e 11 meses:** 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%),
- **60 anos ou mais:** laudo de exame ou relatório médico descrevendo alto risco de desenvolver doença cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo).

HOMENS E MULHERES TRANS:

- **40 anos a 54 anos e 11 meses:** laudo/relatório médico 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:** laudo/relatório médico descrevendo alto risco de desenvolver doença cardiovascular (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia ou tabagismo).

A critério médico do prescritor:

- Perfil lipídico;
- Creatinina sérica,
- Proteinúria;
- Fundoscopia.

Obs.: Gestantes com DM2 pré-gestacional devem interromper tratamento não insulínico antes ou logo após o início da gestação, quando estiver garantida a imediata substituição pela insulino terapia.

DAPAGLIFLOZINA – DIABETES MELLITUS TIPO 2 (Atualizado em 15/08/2025)

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 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.

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 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:

- Glicemia em jejum (semestralmente);
- Dosagem de HbA1C (semestralmente).

A critério médico do prescriptor:

- Perfil lipídico;
- Creatinina sérica,
- Proteinúria;
- Fundoscopia.

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 e comprovante de endereço com CEP;

III – Número de telefone do representante.