

## BENEFÍCIO FARMÁCIA

---

### Critérios Técnicos para Análogos de GLP-1

Os medicamentos LIRAGLUTIDA (VICTOZA), LIXISENATIDA+INSULINA GLARGINA (SOLIQUA), DULAGLUTIDA (TRULICITY), SEMAGLUTIDA (OZEMPIC, RYBELSUS) E XULTOPHY (Insulina degludeca 100 U/mL + liraglutida 3,6 mg/mL) são cobertos pelo Benefício Farmácia, nos moldes das novas regras de cobertura e custeio, apenas para tratamento de **Diabetes Mellitus Tipo 2**.

Para a **primeira autorização** desses medicamentos, além da respectiva prescrição médica, o beneficiário deverá comprovar o diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, através da apresentação das seguintes documentações:

- Laudo médico com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2;
- E
- Resultado de 2 exames laboratoriais com glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl;
- OU
- Resultado do exame de Hemoglobina Glicosilada (HbA1C) maior ou igual a 6,5%;
- OU
- Resultado do Teste Oral de Tolerância à Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 gramas de glicose anidra (TOTG 2h) com glicemia maior ou igual a 200 mg/dl.

A comprovação documental do diagnóstico do Diabetes Mellitus, através dos critérios acima somente será necessária quando da primeira análise técnica, para autorização de cobertura destes medicamentos (Análogos de GLP-1).

Se o paciente já comprovou o diagnóstico da doença, não é preciso renovação de laudo médico e/ou exames a cada 180 dias.

**A prescrição médica necessita ser renovada a cada 180 dias.**

Ressaltamos que a Saúde Petrobras não cobre o uso nenhum dos medicamentos citados neste documento para o tratamento de Obesidade ou Pré-Diabetes.

O Benefício Farmácia cobre os medicamentos conforme este critério técnico publicado pela Saúde Petrobras.