



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/(83) 99185-2657

## Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos

(Última revisão: 01/12/2025)

PCDT: Artrite reativa

CID-10: M03.2 | M03.6 | M02.1 | M02.3

### 1. Medicamentos Disponíveis:

- Naproxeno 250mg e 500mg (comprimido)
- Sulfassalazina 500 mg, (comprimido)

### 2. Documentos Necessários:

#### 2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- ( ) Carteira de Identidade (RG)  
( ) Cadastro de Pessoa Física (CPF)  
( ) Cartão Nacional de Saúde (CNS)  
( ) Comprovante de Residência com CEP

**Caso o paciente deseje autorizar um representante para cadastro e retirada do medicamento, deve apresentar:**

- Declaração Autorizadora + RG e CPF do representante

#### 2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico (Original):

##### Solicitação Inicial:

- ( ) **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos da Farmácia Especializada da Paraíba;  
( ) **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;  
( ) **Laudo médico**. Descrição clínica dos sinais e sintoma e os tratamentos prévios e a duração de cada intervenção;  
( ) **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade**.

##### Renovação (a cada seis meses):

- **LME** -Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
- **Notificação de Receita**, com posologia para 1 (um) mês de tratamento.



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/(83) 99185-2657

- **Descrição clínica detalhada**, contendo descrição clínica dos sinais e sintomas, incluindo a duração dos sintomas, histórico de tratamentos já utilizados e a duração de cada um, as articulações acometidas, além de comorbidades do paciente;

### 2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

#### Para Solicitação Inicial:

- (  ) Cópia do exame de VHS - Velocidade de Hemossedimentação;  
(  ) Cópia do exame de PCR - Proteína C Reativa  
(  ) Cópia do exame de Hemograma  
(  ) Cópia do exame de creatinina  
(  ) Cópia do exame de AST/ TGO  
(  ) Cópia do exame de ALT/TGP  
(  ) Cópia do exame de análise de urina

O resultado de exames garante uma correta avaliação sobre o que o medicamento está fazendo no seu organismo. Em alguns casos pode ser necessário ajustar a dose ou até interromper o tratamento.

\*Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo Avaliador.

#### Renovação a cada seis meses:

- (  ) Cópia do exame de Hemograma  
(  ) Cópia do exame de creatinina  
(  ) Cópia do exame de AST/ TGO  
(  ) Cópia do exame de ALT/TGP  
(  ) Cópia do exame de análise de urina

### 3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendem na **especialidade de Reumatologia**, regularizadas no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

### 4. Para receber os medicamentos:

O usuário ou seu representante legal deve comparecer à Farmácia Especializada da Paraíba, munido de:

- Documento de identificação com foto
- Receita médica de acordo com a Portaria SVS/MS nº 344, de 12 de maio de 1998.
- Cartão do usuário



TELEFONE: (83) 99114-0673/ (83) 99118-8691/(83) 99185-2657

**5. Observações:**

5.1. A resposta à Solicitação será emitida em até 20 (vinte) dias úteis;

5.2. Os documentos (**LME, Receita Médica e Laudo Médico**), devem ser emitidos com todos os campos preenchidos de forma legível em acordo com a legislação vigente;

5.3. Regras estabelecidas pelas Portarias GM/MS nº. 1554, de 15/08/2013 e Portaria Conjunta Nº 06, DE 22 DE ABRIL DE 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Artrite Reativa**.

5.4. **Para Adalimumabe, Certolizumabe Pegol, Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe ou Secuquinumabe:** necessário caixa de isopor para transportar o medicamento da farmácia até a sua casa e guardá-lo imediatamente na geladeira.

5.5. Caso não utilize o medicamento, devolva-o à **Farmácia Especializada da Paraíba**.

**6. Atenção à Validade dos Exames:**

- Exames Laboratoriais: **Validade de 3 meses**
- Exames de Imagem: **Validade de 1 ano**
- Beta HCG ou Ultrassonografia Obstétrica: **Do mês vigente**
- Exames Genéticos: **Sem validade**