



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

## Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos

(Última revisão: 30/07/2025)

PCDT: Artrite Reumatóide

CID-10: M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0 e M06.8

### 1. Medicamentos Disponíveis:

- **Abatacepte 125 mg** injetável (seringa preenchida)
- **Abatacepte 250 mg** injetável (por frasco ampola) **Adalimumabe 40 mg** injet. (por seringa preenchida)
- **Azatioprina 50 mg** (por comprimido)
- **Baricitinibe 2 mg** (por comprimido)
- **Baricitinibe 4 mg** (por comprimido)
- **Certolizumabe pegol 200mg/ml** injetável (por seringa preenchida)
- **Ciclosporina 25 mg** (por cápsula)
- **Ciclosporina 50 mg** (por cápsula)
- **Ciclosporina 100 mg** (por cápsula)
- **Ciclosporina 100 mg/ml** sol. oral (frasco de 50 ml)
- **Cloroquina 150 mg** (por comprimido)
- **Etanercepte 25 mg** injetável (por frasco-ampola)
- **Etanercepte 50 mg** (Biossimilar Bio-Manguinhos) injetável (por frasco-ampola)
- **Etanercepte 50 mg** (PFIZER/ENBREL®) injetável (por frasco-ampola)
- **Golimumabe 50 mg** injetável (por seringa preenchida)
- **Hidroxicloroquina 400 mg** (por comprimido)
- **Infliximabe10mg/ml** injet. (frasco ampola 10 ml)
- **Leflunomida 20 mg** (por comprimido)
- **Metotrexato 2,5 mg** (por comprimido)
- **Metotrexato 25 mg/ml** injetável (por ampola de 2 ml)
- **Naproxeno 250 mg** (por comprimido)
- **Naproxeno 500 mg** (por comprimido)
- **Rituximabe 500 mg** (ROCHE/MABTHERA®) injetável (por frasco ampola de 4 ml)
- **Rituximabe 500 mg** (Biosimilar Bio-Manguinhos/ RIXYMIQ®) injet. (frasco ampola de 4 ml)
- **Sulfassalazina 500 mg** (por comprimido)
- **Tocilizumabe 20 mg/ml** injet. (frasco ampola 4 ml)
- **Tofacitinibe 5 mg** (por comprimido).
- **Upadacitinibe 15mg** (por comprimido de liberação prolongada)



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

## 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 do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- ( ) Notificação de Receita, com posologia para 1 (um) mês de tratamento;
- ( ) Laudo, 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;
- ( ) Termo de Esclarecimento e Responsabilidade;
- ( ) ICAD;
- ( ) Avaliação de Capacidade funcional;
- ( ) ACR/EULAR;

#### 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.
- 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:

##### Parar todos os medicamentos:

- ( ) Cópia do exame de TGO
- ( ) Cópia do exame de TGP
- ( ) Cópia do Hemograma completo.

#### Para Abatacepte e Sulfassalazina

- ( ) Cópia do exame de HBsAg;
- ( ) Cópia do exame de anti-HCV;
- ( ) Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA



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

**Para Metotrexato e Leflunomida**

- Cópia do exame de HBsAg;
- Cópia do exame de anti-HCV;
- Cópia do exame de Beta HCG para mulheres em **idade fértil**
- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).
- Cópia do Teste de Mantoux (PPD) ou IGRA

**Para Adalimumabe, Azatioprina, Baricitinibe, Ciclosporina, Certolizumabe, Etanercepte, Golimumabe, Infliximabe, Rituximabe, Tocilizumabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe.**

- Cópia do laudo de Rx de tórax;
- Cópia do exame de HBsAg;
- Cópia do exame de anti-HCV;
- Cópia do teste de Mantoux (PPD) ou IGRA
- Cópia do exame de Beta HCG para mulheres em **idade fértil (exceto para Azatioprina)**

**Para Naproxeno:**

- Cópia do exame de dosagem de Creatinina sérica;
- Cópia do exame de Taxa de filtração glomerular (resultado do clearance de creatinina ou calculável pela creatinina sérica).

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:****Leflunomida, Sulfassalazina e Naproxeno:**

- AST (TGO);
- ALT (TGP);
- Hemograma;
- Creatinina;

**Para Adalimumabe, Azatioprina, Baricitinibe, Certolizumabe, Cloroquina, Etanercepte, Golimumabe, Hidroxicloroquina, Infliximabe, Rituximabe, Tofacitinibe e Upadacitinibe:**

- AST (TGO);
- ALT (TGP);
- Hemograma.

**Para Tocilizumabe:**

- AST (TGO);
- ALT (TGP);
- Hemograma;
- Colesterol
- HDL
- LDL
- Triglicerídeos
- Cópia do exame de Beta HCG para mulheres em **idade fértil**



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

### 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

### 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 pela Portaria de Consolidação nº. 6, de 28/09/2017 e Portaria Conjunta Nº 16 de 03 de setembro de 2021 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento da **Artrite Reumatóide**.

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

5.5. Cópia do exame de Beta HCG para mulheres em **idade fértil - mensalmente**. **Para: Metotrexato, Leflunomida e Tocilizumabe.**

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**

SECRETARIA DE ESTADO  
DA SAÚDE



GOVERNO  
DA PARAÍBA



Farmácia  
Especializada da Paraíba

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