

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
(Última revisão: 05/05/2025)

PCDT: ARTRITE REATIVA

CID 10: M02.1, M02.3, M03.2, M03.6.

1. Medicamentos

Naproxeno 250mg (por comprimido)
Naproxeno 500mg (por comprimido)
Sulfassalazina 500 mg, comprimido

2. Documentos a serem apresentados (Original e cópia)

2.1 Documentos pessoais;

- ✓ Carteira de Identidade – RG
- ✓ Cadastro de Pessoa Física – CPF
- ✓ Cartão Nacional de Saúde – CNS
- ✓ Comprovante de Residência com CEP
- ✓ Declaração Autorizadora + RG e CPF (caso deseje autorizar representante para cadastrar e receber o(s) medicamento).

2.2 Documentos a serem emitidos pelo Médico;

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 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;

2.3 Exames Obrigatórios;

SOLICITAÇÃO INICIAL	RENOVAÇÃO A CADA SEIS MESES
() 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	() 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.	

TELEFONES: 83 99114-0673/ 99118-8691/ 99185-2657

3. Serviços de Referência

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que atendam 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 ao serviço munido de documento de identificação com foto, Cartão Nacional do SUS e Cartão do Usuário.

5. Observações:

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

Atenção a validade dos exames!!!

Exames laboratoriais: **validade de 03 meses.**

Exames de imagem: **validade de 1 ano.**

Beta HCG ou ultrassonografia obstétrica: **do mês vigente.**

Exames Genéticos: **sem validade.**

Se por algum motivo, não usar o medicamento, devolva-o à Farmácia Especializada da Paraíba.