

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

Relação de Documentos e Exames para Solicitação de Medicamentos
(Última revisão: 20/07/2026)

PCDT: Uveítes não infecciosas

CID-10: H15.0, H20.1, H30.1, H30.2 e H30.8

1. Medicamentos Disponíveis:

- Adalimumabe 40 mg injetável (ser. preenchida)
- Azatioprina 50 mg (por comprimido)
- Ciclosporina 25 mg, 50 mg e 100 mg (por cápsula)
- Ciclosporina 100 mg/ml sol.oral (frasco 50 ml)

2. Documentos Necessários:

2.1 Documentos Pessoais (Original e Cópia):

- () Carteira de Identidade (RG)
- () Cadastro de Pessoa Física (CPF)
- () Cartão Nacional de Saúde
- () 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;
- () **Receituário médico** com posologia para 1 mês de tratamento;
- () **Descrição clínica** detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios;
- () **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.**

Para Renovação e Adequação

- LME - Laudo para Solicitação/Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Prescrição médica com posologia para 1 mês de tratamento;
- Descrição clínica detalhada dos sinais, sintomas e tratamentos prévios.

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

2.3 Exames Obrigatórios (Cópia):

Solicitação Inicial:
Para todos os medicamentos: ☐ Cópia do laudo de Biomicroscopia de segmento anterior
Para Adalimumabe: ☐ Cópia do exame de teste tuberculínico ou reação de Mantoux(PPD) ☐ Radiografia de tórax
O resultado desses exames garante uma avaliação correta sobre o impacto do medicamento no organismo. Em alguns casos, pode ser necessário ajustar a dose ou interromper o tratamento.
Outros exames poderão ser solicitados posteriormente à etapa de cadastro pelo avaliador.

Para Renovação e Adequação	
Para Adalimumabe e Azatioprina: ☐ Cópia do exame de TGO ☐ Cópia do exame de TGP ☐ Cópia do exame de Hemograma completo	Para Ciclosporina: ☐ Cópia do exame de Creatinina ☐ Cópia do exame de Uréia ☐ Cópia do exame de Sódio ☐ Cópia do exame de Potássio ☐ Cópia do exame de Ácido úrico ☐ Cópia do exame de Triglicerídeos ☐ Cópia do exame de Colesterol total ☐ Cópia do exame de Colesterol HDL ☐ Cópia do exame de TGO ☐ Cópia do exame de TGP

3. Serviços de Referência:

Unidades de Saúde do **SUS** ou da **Rede Privada** que estejam regularizadas no **CNES** (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. "Não há necessidade de **especialista** para essa patologia.

Contato: (83) 99114-0673 (83) 99118-8691 (83) 99185-2657

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;
- Prescrição médica de acordo com 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 13, de 11 de setembro de 2019 que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas das **Uveítes não Infecciosas;**

5.4. 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**