

## RELAÇÃO DE EXAMES/DOCUMENTOS PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**PCDT:** Artrite Reativa (Doença de Reiter)  
**CID:** M02.3  
**Produto:** SULFASSALAZINA 500 MG COMP GRUPO 2

### EXAMES/DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS

| Documentos                                                                                                                     | Nova Solicitação | Adequação |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|
| Descrição clínica dos sinais e sintoma e os tratamentos prévios e a duração de cada intervenção                                | Sim              | Sim       |
| Laudo para Solicitação de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (LME), adequadamente preenchido | Sim              | Sim       |
| Prescrição médica devidamente preenchida                                                                                       | Sim              | Sim       |
| Cópia de documento de identidade, exceto para indígena ou penitenciário.                                                       | Sim              | Não       |
| Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS)                                                                                        | Sim              | Não       |
| Cópia do comprovante de residência, exceto para indígena ou penitenciário.                                                     | Sim              | Não       |