

**Documentação necessária para abertura de processos para medicamentos do**  
**Componente Especializado – Uveítes Não Infecciosas**  
**(Protocolo MS)**

- Cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento
- Cópia do CPF (obrigatório)
- Cópia do comprovante de residência atual em nome do PACIENTE. Quando o endereço estiver em nome de familiares (cônjuge, pais, filhos), trazer comprovante de parentesco (cópia da certidão de casamento, nascimento, etc). Em caso de aluguel, trazer cópia do contrato de aluguel ou, na ausência deste, trazer declaração do proprietário do imóvel, com cópia de RG e CPF, informando que o interessado reside no local.
- Cópia do Cartão Nacional de Saúde - Cartão SUS (solicitar na rede municipal de saúde)
- Procuração para representantes de usuários. Levar documento de identificação com a mesma assinatura da procuração e cópia do documento de identidade do representante.
- Receita Médica - em duas vias, contendo o nome genérico do medicamento, concentração, posologia, tempo de tratamento, quantitativo mensal, carimbo, assinatura e data
- LME - Laudo para Solicitação/Autorização de Medicamentos de Dispensação Excepcional. É obrigatório o preenchimento de todos os campos pelo médico com o (C.N.S) cartão nacional de saúde do mesmo.
- Termo de Consentimento Informado datado, carimbado e assinado pelo médico e pelo paciente.
- Exames comprobatórios do diagnóstico da doença de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

**Exames necessários para abertura e monitorização de processo para:**

SITUAÇÃO CLÍNICA Medicamentos	ABERTURA PROCESSO (1ª vez)	MONITORIZAÇÃO (Renovação de Exames)	CID-10 Médico Especialista
<b>UVEÍTES NÃO INFECCIOSAS</b> <b>(Protocolo MS)</b>  <b>Adalimumabe 40mg injetável –</b> <b>seringa</b>  <b>(Acima de 18 anos)</b>  <b>Azatioprina 50 mg comp.</b>  <b>Ciclosporina 25mg cáps e</b> <b>100mg/mL sol. oral (frasco de 50</b> <b>ml)</b>  <b>Ciclosporina 50mg* e 100mg</b> <b>cáps*</b> <a href="#">(*indisponíveis ver Nota Técnica nº</a> <a href="#">018/2025/GEAF/SESA)</a>  *Atualizado em 05/12/25	<b>Para Todos:</b> - Laudo oftalmológico informando a gravidade da doença, o comprometimento funcional ao paciente e os tratamentos prévios já realizados ( <b>validade 3 meses</b> ); e - Hemograma, AST/TGO, ALT/TGP ( <b>validade 3 meses</b> ).  <b>Para Ciclosporina, acrescentar:</b> - Creatinina e ureia ( <b>validade 3 meses</b> ).  <b>Para Adalimumabe, acrescentar:</b> - Creatinina e ureia ( <b>validade 3 meses</b> ); - PPD ou IGRA ( <b>validade 1 ano</b> ); - HBsAg; Anti-HBC; Anti-HBs; Anti-HCV; Anti-HIV ( <b>validade 1 ano</b> ); - Laudo de Raios-X de tórax ( <b>validade 1 ano</b> ); - Beta HCG ( <b>validade 30 dias</b> ) ou documento médico que ateste a esterilização ( <b>sem validade</b> ) em mulheres em idade fértil.	<b>Para todos:</b> - Hemograma, AST/TGO e ALT/TGP <b>Periodicidade:</b> Trimestral  <b>Para Ciclosporina:</b> - Creatinina, uréia, sódio, potássio, ácido úrico, triglicerídeos, colesterol total e HDL. <b>Periodicidade:</b> Trimestral.	H15.0 H20.1 H30.1 H30.2 H30.8  <b>Oftalmologista</b>

**NOTA:**

- O preenchimento completo do LME é imprescindível à abertura e continuidade do processo;
- As informações sobre a clínica do paciente podem estar descritas no próprio LME ou em laudo médico a parte;
- Todos os exames de imagem necessários para a abertura de processos, bem como para a monitorização, devem estar obrigatoriamente acompanhados de Laudo.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**ADALIMUMABE, AZATIOPRINA, CICLOSPORINA.**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do (a) paciente), declaro ter sido informado (a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso do(s) medicamento(s) **azatioprina, ciclosporina e adalimumabe**, indicados para o tratamento das **uveítes não infecciosas**. Os termos médicos me foram explicados e todas as minhas dúvidas foram resolvidas pelo médico \_\_\_\_\_ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- Melhora da inflamação aguda;
- Prevenção ou minimização dos problemas relacionados à inflamação nos olhos;
- Prevenção ou redução do número de recaídas de uveítes crônicas ou recorrentes;
- Manutenção ou melhora da qualidade da visão.

Fui também claramente informado (a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- **adalimumabe**: medicamento classificado como fator de risco B para gestantes (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido realizados ou não foram adequados; o medicamento deve ser prescrito com cautela). Caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico.
- **ciclosporina**: medicamentos classificados como fator de risco C para gestantes (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o feto não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos). Caso engravide, devo avisar imediatamente ao meu médico.
- **Azatioprina**: medicamento classificado como fator de risco D para gestantes (há riscos para o feto durante a gravidez, porém o benefício pode ser maior que o risco). O uso deve ser discutido com seu médico;
- Efeitos adversos da **azatioprina**: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar e pressão baixa.
- Efeitos adversos da **ciclosporina**: problemas nos rins e fígado, tremores, aumento da quantidade de pelos no corpo, pressão alta, aumento do crescimento da gengiva, aumento do colesterol e triglicerídeos, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração (taquicardia), convulsões, confusão, ansiedade, depressão, fraqueza, dores de cabeça, unhas e cabelos quebradiços, coceira, espinhas, náusea, vômitos, perda de apetite, soluços, inflamação na boca, dificuldade para engolir, sangramentos, inflamação do pâncreas, prisão de ventre, desconforto abdominal, diminuição das células brancas do sangue, linfoma, calorões, aumento da quantidade de cálcio, magnésio e ácido úrico no sangue, toxicidade para os músculos, problemas respiratórios, sensibilidade aumentada à temperatura e aumento das mamas.
- Efeitos adversos de **adalimumabe**: reações no local da aplicação, como dor e coceiras, dor de cabeça, tosse, náusea, vômitos, febre, cansaço e alteração na pressão arterial. Reações mais graves: infecções oportunistas fúngicas e bacterianas, como tuberculose, histoplasmose, aspergilose e nocardiose, podendo, em casos raros, ser fatal.
- Contraindicação em casos de hipersensibilidade (alergia) ao(s) fármaco(s) ou aos componentes da fórmula.

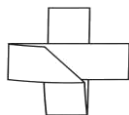
Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido.

Sei também que continuarei ser assistido, inclusive em caso de eu desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as secretarias de saúde a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. ( ) Sim ( ) Não.

Meu tratamento constará do seguinte medicamento: ( ) azatioprina ( ) ciclosporina ( ) adalimumabe.

Local:		Data:	
Nome do paciente:			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:			
Documento de identificação do responsável legal:			
Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico Responsável:	CRM:	UF:	
Assinatura e carimbo do médico			
Data: __/__/__			



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
FARMÁCIA CIDADÃ ESTADUAL



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde  
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1- Número do CNES\*

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente\*

5- Peso do paciente\*

kg

4- Nome da Mãe do Paciente\*

6- Altura do paciente\*

cm

7- Medicamento(s)\*

8- Quantidade solicitada\*

1º mês

2º mês

3º mês

1

2

3

4

5

9- CID-10\*

10- Diagnóstico

11- Anamnese\*

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

☐ SIM. Relatar:

☐ NÃO

13- Atestado de capacidade\*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☐ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*

17- Assinatura e carimbo do médico\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

16- Data da solicitação\*

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante  
☐ Outro, informar nome: e CPF

☐ Branca

☐ Preta

☐ Parda

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*

☐ Amarela

☐ Indígena. Informar Etnia:

☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente

☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO