# HIDROXICLOROQUINA

## Artrite Reumatóide

PORTARIA CONJUNTA Nº 33, DE 19 DE JANEIRO DE 2026

## Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 400 mg – comprimido

**CID contemplados:** M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

**Quantidade máxima mensal:**

- **Para dispensação:** 93 comprimidos
- **Para faturamento (SIGTAP):** 93 comprimidos

**Grupo de financiamento:** 2 - Aquisição pelo Estado do Amazonas

**Observações:** -

## Documentos necessários para solicitação do medicamento

### 1ª Solicitação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
   ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente:
   - Documento de identidade e CPF;
   - Comprovante de residência com CEP;

- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:
    - Velocidade de Hemossedimentação (VHS) ou Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa);
    - Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizado nos últimos 12 meses;
    - Hemograma;
    - Fator reumatoide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico),
    - Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico;
    - Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses:
        - Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
        - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou teste IGRA (formulário para teste IGRA).
    - Testes sorológicos (HIV, HEPATITE B, HEPATITE C).

5. ATENÇÃO: Não é necessário apresentar Termo de Esclarecimento e Responsabilidade.

## Renovação da Continuidade

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).
   ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

3. Cópia dos exames:
   Semestralmente:
    - Hemograma;
    - Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
    - Dosagem sérica de ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica

   A critério do médico prescritor:
    - Relatório médico, elaborado por médico oftalmologista, com avaliação oftalmológica.

A critério do médico prescritor:

- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizada nos últimos 12 meses:
  - Laudo/relatório médico da radiografia de tórax;
- Prova de Mantoux – PPD(teste tuberculínico) ou teste IGRA (formulário para teste IGRA).

*Recomenda-se a realização de um ou mais exames diante de sinais clínicos ou suspeita de tuberculose.