

**RELAÇÃO DE DOCUMENTOS E EXAMES PARA ABERTURA DE PROCESSO  
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO – CID: L93.0, L93.1, M32.1, M32.8****DOCUMENTOS**

- LAUDO DE SOLICITAÇÃO/AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (LME);
- CÓPIA DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS);
- CÓPIA DO CPF E CARTEIRADE DE IDENTIDADE (RG);
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;
- PRESCRIÇÃO MÉDICA;
- TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE PREENCHIDO (No caso de assinatura por responsável apresentar IDENTIDADE e CPF do mesmo);
- NO CASO DE RETIRADA POR PORTADOR: DECLARAÇÃO AUTORIZADORA DE RETIRADA POR TERCEIROS COM CÓPIA DE RG, CPF, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO PORTADOR E CÓPIA DO RG DO PACIENTE.

**INFORMAÇÕES/EXAMES****LAUDO (TODOS OS MEDICAMENTOS):**

- LAUDO MÉDICO DETALHADO CONTENDO SINAIS E SINTOMAS CONFORME CLASSIFICAÇÃO PELA AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR) 1982/1997 OU CRITÉRIOS SLICC 2012 OU EULAR/ACR 2019, FORMA DE MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTOS PRÉVIOS.
- DE ACORDO COM O PCDT VIGENTE A DESCRIÇÃO CLÍNICA DEVE ENQUADRAR O PACIENTE EM 4 (QUATRO) DOS 11 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS CRITÉRIOS ACR 1982/1997 OU PELO MENOS 4 (QUATRO) DOS CRITÉRIOS SLICC 2012 OU PONTUAÇÃO MAIOR OU IGUAL A 10 NO EULAR/ACR 2019 E QUE DE ACORDO COM O CRITÉRIO SELECIONADO O ENVIO DE EXAMES É OBRIGATÓRIO.

**EXAMES DE DIAGNÓSTICO (Os exames descritos abaixo devem ser enviados de acordo com a situação clínica do paciente e critérios do PCDT no qual se enquadrar):**

- CÓPIA DO EXAME DE HEMOGRAMA COMPLETO COM CONTAGEM DE PLAQUETAS;
- CÓPIA DO EXAME DE CONTAGEM DE RETICULÓCITOS;
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE DE COOMBS DIRETO;
- CÓPIA DO EXAME DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO (VHS);
- CÓPIA DO EXAME DE PROTEÍNA C REATIVA;
- CÓPIA DO EXAME DE ELETROFORESE DE PROTEÍNAS;
- CÓPIA DO EXAME DE ASPARTATO-AMINOTRANSFERASE (AST/TGO);
- CÓPIA DO EXAME DE ALANINA-AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP);
- CÓPIA DO EXAME DE FOSFATASE ALCALINA;
- CÓPIA DO EXAME DE BILIRRUBINAS TOTAL E FRAÇÕES;
- CÓPIA DO EXAME DE DESIDROGENASE LÁCTICA (LDH);
- CÓPIA DO EXAME DE UREIA E CREATININA;
- CÓPIA DO EXAME DE ELETRÓLITOS (CÁLCIO, FÓSFORO, SÓDIO, POTÁSSIO E CLORO);
- CÓPIA DO EXAME DE EXAME QUALITATIVO DE URINA (EQU);
- CÓPIA DO EXAME DE COMPLEMENTOS (CH50, C3 E C4);
- CÓPIA DO EXAME DE ALBUMINA SÉRICA;
- CÓPIA DO EXAME DE PROTEINÚRIA DE 24 HORAS;
- CÓPIA DO EXAME DE VDRL;
- CÓPIA DO EXAME DE AVALIAÇÃO DE AUTOANTICORPOS (FAN, ANTI-DNA NATIVO, ANTI-SM, ANTICARDIOLIPINAS IGG, IGM OU IGA, ANTICOAGULANTE LÚPICO, ANTI-BETA2-GLICOPROTEÍNA1 IGG, IGM OU IGA, ANTI-LA/SSB, ANTI-RO/SSA E ANTI-RNP).

**EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA SOLICITAÇÃO DE TODOS OS MEDICAMENTOS:**

- CÓPIA DOS EXAMES DE INVESTIGAÇÃO SOROLÓGICA PARA SÍFILIS (VDRL) - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME HEPATITE B (HBSAG) - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME HEPATITE C (ANTI-HCV) - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME HIV (ANTI-HIV) - (VAL. 180 DIAS).



Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
RIO DE JANEIRO

Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde  
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

**PARA SOLICITAÇÃO DE HIDROXICLOROQUINA:**

- EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA TODOS OS MEDICAMENTOS.

**PARA SOLICITAÇÃO DE METOTREXATO (ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA TODOS OS MEDICAMENTOS, ACRESCENTAR):**

- CÓPIA DO EXAME DE B-HCG SÉRICO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL - (VAL. 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALANINA AMINOTRANSFERASE - ALT (GLUTÂMICO PIRÚVICA - TGP) - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASE - AST (GLUTÂMICO OXALOACÉTICA - TGO) - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA (FA) - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS) OU LAUDO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE A NÃO APRESENTAÇÃO DOS MESMOS;
- CÓPIA DO EXAME DOSAGEM DE CREATININA SÉRICA - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME HEMOGRAMA COMPLETO COM CONTAGEM DE PLAQUETAS - (VAL. 180 DIAS).

**PARA SOLICITAÇÃO DE CICLOSPORINA (ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA TODOS OS MEDICAMNETOS, ACRESCENTAR):**

- CÓPIA DO LAUDO DE RX DE TÓRAX - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS) OU LAUDO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE A NÃO APRESENTAÇÃO DOS MESMOS;
- CÓPIA DO EXAME DOSAGEM DE CREATININA SÉRICA - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME HEMOGRAMA COMPLETO COM CONTAGEM PLAQUETAS - (VAL. 180 DIAS).

**PARA SOLICITAÇÃO DE AZATIOPRINA (ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA TODOS OS MEDICAMNETOS, ACRESCENTAR):**

- CÓPIA DO LAUDO DE RX DE TÓRAX - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS) OU LAUDO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE A NÃO APRESENTAÇÃO DOS MESMOS;
- CÓPIA DO EXAME HEMOGRAMA COMPLETO COM CONTAGEM DE PLAQUETAS - (VAL. 180 DIAS).

**PARA SOLICITAÇÃO DE MICOFENOLATO DE MOFETILA (ALÉM DOS EXAMES OBRIGATÓRIOS PARA TODOS OS MEDICAMNETOS, ACRESCENTAR):**

- CÓPIA DO EXAME DE B-HCG SÉRICO PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL - (VAL. 15 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ALANINA AMINOTRANSFERASE - ALT (GLUTÂMICO PIRÚVICA - TGP) - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE DOSAGEM DE ASPARTATO AMINOTRANSFERASE - AST (GLUTÂMICO OXALOACÉTICA - TGO) - (VAL. 180 DIAS);
- CÓPIA DO EXAME DE TESTE TUBERCULÍNICO (PT) OU REAÇÃO DE MANTOUX (PPD) OU IGRA (VAL. 180 DIAS) OU LAUDO MÉDICO QUE JUSTIFIQUE A NÃO APRESENTAÇÃO DOS MESMOS;
- CÓPIA DO EXAME HEMOGRAMA COMPLETO COM CONTAGEM DE PLAQUETAS - (VAL. 180 DIAS).



Secretaria de  
Saúde



GOVERNO DO ESTADO  
**RIO DE JANEIRO**

Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde  
Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos  
Coordenação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

**MEDICAMENTOS ATENDIDOS PARA ESTE PCDT CONFORME A RESOLUÇÃO DA SES Nº2252 - ELENCO ESTADUAL**

- MICROFENOLATO DE SÓDIO 360MG COMPRIMIDO – ELENCO ESTADUAL PARA OS CIDS: **M32.0 e M32.1.**
- MICROFENOLATO DE MOFETILA 500MG COMPRIMIDO – ELENCO ESTADUAL PARA O CID: **M32.0.**

**NOTA:** PARA OS MEDICAMENTOS ATENDIDOS PELO ELENCO ESTADUAL FICA ISENTA A APRESENTAÇÃO DO TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE.

**A ENTREGA DE OUTROS EXAMES/DOCUMENTOS DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE. ESSES PODEM SER EXIGIDOS POR ESTA UNIDADE DE SAÚDE PARA QUE A AVALIAÇÃO DA SUA SOLICITAÇÃO SEJA CONCLUÍDA. VERIFIQUE COM SEU MÉDICO A NECESSIDADE DE ENTREGA DESSES EXAMES/DOCUMENTOS CONFORME O PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, ESPECÍFICO PARA SUA SITUAÇÃO CLÍNICA.**

R2023-11-30

**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	4º mês	5º mês	6º mês
1							
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\* 

--	--	--	--	--	--	--	--

 10- Diagnóstico \_\_\_\_\_

11- Anamnese\* \_\_\_\_\_

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*   
 NÃO  SIM. Relatar: \_\_\_\_\_

**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\* \_\_\_\_\_

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 16- Data da solicitação\* \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 17- Assinatura e carimbo do médico\* \_\_\_\_\_

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

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*   
 Branca  Amarela   
 Preta  Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_   
 Parda

20- Telefone(s) para contato do paciente   

	-												

21- Número do documento do paciente   
 CPF ou  CNS 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

## TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE - TER

**AZATIOPRINA, BETAMETASONA, CICLOFOSFAMIDA, CICLOSPORINA, CLOROQUINA, DANAZOL, DEXAMETASONA, HIDROXICLOROQUINA, METILPREDNISOLONA, METOTREXATO, MICOFENOLATO DEMOFETILA, PREDNISONA E TALIDOMIDA.**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do [a] paciente), declaro ter sido informado(a) sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais eventos adversos relacionados ao uso de azatioprina, betametasona, ciclofosfamida, ciclosporina, cloroquina, danazol, dexametasona, hidroxiclороquina, metilprednisolona, metotrexato, micofenolato de mofetila, prednisona e talidomida, indicada para o tratamento de lúpus eritematoso sistêmico.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico (a) (nome do(a) médico(a) que prescreve) \_\_\_\_\_

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

- controle da doença;
- melhora dos sintomas;
- prevenção de complicações da doença.
- melhora da qualidade de vida.

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

- prednisona: medicamento classificado na gestação como fator de risco B (estudos em animais não mostraram anormalidades, embora estudos em mulheres não tenham sido feitos; o medicamento deve ser prescrito com cautela);
- cloroquina, hidroxiclороquina, ciclosporina, dexametasona, betametasona e metilprednisolona: medicamentos classificados na gestação como fator de risco C (estudos em animais mostraram anormalidades nos descendentes, porém não há estudos em humanos; o risco para o bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);
- azatioprina e micofenolato de mofetila: medicamento classificado na gestação como fator de risco D (há evidências de riscos ao feto, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos);
- ciclofosfamida, danazol, metotrexato e talidomida: medicamentos classificados na gestação como fator de risco X (seu uso é contraindicado para gestantes ou mulheres planejando engravidar);
- dexametasona/metilprednisolona/prednisona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, problema nos ossos (osteoporose), problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação e manifestação de diabetes melito;
- betametasona: insônia, aumento do apetite, aumento do risco de infecções;
- cloroquina e hidroxiclороquina: principais eventos adversos são usualmente relacionadas com a dose e o tempo de tratamento; problemas nos olhos, como visão borrada, ou qualquer alteração na visão, diminuição das células brancas e vermelhas do sangue, alterações emocionais, problemas para escutar, convulsões, problemas no coração, problemas nos músculos dos cílios, causando dificuldade para ler, diarreia, perda de apetite, náusea, dor no estômago, vômito, dor de cabeça, coceira, descoloração e queda de cabelo, descoloração da pele, das unhas ou no interior na boca, tontura, nervosismo, inquietação, vermelhidão, problemas de pele;
- azatioprina: diminuição das células brancas (células de defesa), vermelhas e plaquetas do sangue, aumento do risco de infecções por vírus, fungos e bactérias, anemia, problemas no fígado náusea, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, perda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;
- ciclofosfamida: diminuição das células brancas e aumento do risco de infecções, fraqueza, náusea, vômito, perda de apetite, diarreia, estomatite, infecções da bexiga, sangramento por inflamação da bexiga, problemas nos rins, no coração, pulmão, queda de cabelos, aumento do risco de desenvolver cânceres, infertilidade, reativação de tuberculose, vermelhidão na face, dor de cabeça, erupção na pele, alteração do sódio no sangue, congestão nasal, lacrimejamento, corrimento nasal, congestão dos seios da face e espirros;

- 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 triglicerídios, formigamentos, dor no peito, batimentos rápidos do coração, 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 a temperatura, aumento das mamas;

- danazol: eventos adversos mais comuns incluem náusea, vômitos, diarreia, dor de cabeça, nervosismo, desorientação, fraqueza, convulsões, ganho de peso, inchaço, alterações do paladar, aumento da pressão arterial, perda de potássio, insuficiência cardíaca congestiva;

- metotrexato: pode causar problemas gastrointestinais com ou sem sangramento, diminuição do número de glóbulos brancos no sangue, diminuição do número de plaquetas, aumento da sensibilidade da pele aos raios ultravioleta, feridas na boca, inflamação nas gengivas, inflamação na garganta, espinhas, perda do apetite, náusea, palidez, coceira, vômitos; mais raramente e dependendo da dose utilizada, podem ocorrer cansaço associado à formação de bolhas e com perda de regiões da pele e de mucosas (síndrome de Stevens-Johnson e necrólise epidérmica tóxica) e problemas graves de pele; também pode facilitar o estabelecimento ou agravar infecções;

- micofenolato de mofetila: diarreia, vômito, dispepsia, diminuição das células no sangue, anemia, infecção generalizada e outros tipos de infecção, incluindo doença pelo citomegalovírus, candidíase e herpes zoster;

- talidomida: evento adverso mais importante é a teratogenicidade, ou seja, causa graves defeitos no corpo dos bebês de mulheres que o utilizam na gravidez; também causa sono e problemas nos nervos das extremidades; em casos mais raros, pode causar tremor, fraqueza, tonturas, alterações do humor, prisão de ventre, boca seca, aumento do apetite, inchaço, náusea, problemas na menstruação.

Todos esses medicamentos são contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) aos fármacos ou aos componentes da fórmula.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistência do uso do medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

( ) Sim ( ) Não

Meu tratamento constará do seguinte medicamento:

- ( ) azatioprina
- ( ) betametasona
- ( ) ciclofosfamida
- ( ) ciclosporina
- ( ) cloroquina
- ( ) danazol
- ( ) dexametasona
- ( ) hidroxicloroquina
- ( ) metilprednisolona
- ( ) metotrexato
- ( ) micofenolato de mofetila
- ( ) prednisona
- ( ) talidomida

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: _____			

**Nota 1:** Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

**Nota 2** - Para dispensação da talidomida, devem ser exigidos os termos específicos conforme o RDC nº 11/Anvisa, de 22 de março de 2011.

**Nota 3** - A administração endovenosa de metilprednisolona e de ciclofosfamida é compatível, respectivamente, com os procedimentos 03.03.02.001-6 - Pulsoterapia I (por aplicação) e 03.03.02.002-4 - Pulsoterapia II (por aplicação), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.



## AUTORIZAÇÃO PARA RETIRADA DE MEDICAMENTOS

Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) do CNS

(nome do paciente ou responsável)

nº \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF sob o

nº \_\_\_\_\_, **autorizo** o (a) Sr(a).

\_\_\_\_\_

(nome do procurador ou portador)

**portador (a)** da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ expedida pelo \_\_\_\_\_,

inscrito(a) no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, residente na

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,

telefone de contato (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, **a retirar meu(s) medicamento(s) na unidade do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.**

Data: \_\_\_\_\_

Assinatura **Paciente/Responsável**: \_\_\_\_\_

Assinatura do **Procurador/Portador (a)**: \_\_\_\_\_

Autenticação do (a) Farmacêutico (a)/CEAF

### Observações:

- Este documento deverá ser apresentado no momento da dispensação, juntamente com os seguintes documentos:
- Identidade, CPF e Comprovante de Residência do PROCURADOR/PORTADOR (a) (original e cópia);
- Identidade do PACIENTE (cópia);
- Cartão Original de Dispensação da unidade (caso a unidade possua);
- Receituário Médico e LME atualizados (se solicitados);