

1. ABATACEPTE: FRASCO-AMPOLA 250 MG (VIA ENDOVENOSA) OU SERINGA 125 MG (VIA SUBCUTÂNEA).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP.

2. ADALIMUMABE: SERINGA 40 MG (VIA SUBCUTÂNEA).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBSAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP.
ARTRITE PSORIÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M07.0 ✓ M07.3 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBSAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ SOROLOGIA ANTI-HIV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, ESCALA MASES, VHS E PCR.</p>

2. ADALIMUMABE: SERINGA 40 MG (VIA SUBCUTÂNEA).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ESPONDILITE ANQUILOSANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M45 ✓ M46.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS OU HLA-B27. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ SOROLOGIA ANTI-HIV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, VHS E PCR.</p>

3. AZATIOPRINA: COMPRIMIDO 50 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.1 ✓ M05.2 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP.
DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M33.0 ✓ M33.1 ✓ M33.2 	<p># APRESENTAR 2 DOIS 3 EXAMES ABAIXO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ BIÓPSIA MUSCULAR. ✓ CPK OU ALDOLASE OU TGO + TGP. ✓ ELETRONEUROMIOGRAFIA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ FA + TGO + TGP. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO CPK, ALDOLASE, LDH.</p>
ESCLEROSE SISTÊMICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M34.0 ✓ M34.1 ✓ M34.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DO ACR/EULAR OU DESCRIÇÃO DE EVIDÊNCIA DE FENÔMENO DE RAYNAUD + PADRÃO SCLERODERMA À CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL. ✓ BETA-HCG OU DOCUMENTO DE ESTERILIZAÇÃO (APENAS PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ FA. ✓ TGO. ✓ TGP.
LES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L93.0 ✓ L93.1 ✓ M32.1 ✓ M32.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DO ACR, CONTENDO SINAIS E SINTOMAS, FORMA DE APRESENTAÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTOS PRÉVIOS. ✓ BETA-HCG OU DOCUMENTO DE ESTERILIZAÇÃO (APENAS PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL). <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO ECG, URINA 1, HEMOGRAMA COMPLETO E OS ANTI-CORPOS PRESENTES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ FA. ✓ TGO. ✓ TGP.

3. AZATIOPRINA: COMPRIMIDO 50 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
UVEÍTES POSTERIORES NÃO INFECCIOSAS	<ul style="list-style-type: none"> ✓ H30.0 ✓ H30.1 ✓ H30.2 ✓ H30.8 	# NÃO SÃO EXIGIDOS EXAMES DE DIAGNÓSTICO INICIAL!!!	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP.

4. CERTOLIZUMABE PEGOL: SERINGA 200 MG/ML (VIA ENDOVENOSA).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	# NÃO SÃO EXIGIDOS EXAMES DE MONITORAMENTO!!!

5. CICLOFOSFAMIDA: DRÁGEA 50 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ESCLEROSE SISTÊMICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M34.0 ✓ M34.1 ✓ M34.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DO ACR/EULAR OU DESCRIÇÃO DE EVIDÊNCIA DE FENÔMENO DE RAYNAUD + PADRÃO SCLERODERMA À CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL. ✓ BETA-HCG OU DOCUMENTO DE ESTERILIZAÇÃO (APENAS PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL). 	# NÃO SÃO EXIGIDOS EXAMES DE MONITORAMENTO!!!
LES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L93.0 ✓ L93.1 ✓ M32.1 ✓ M32.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DO ACR, CONTENDO SINAIS E SINTOMAS, FORMA DE APRESENTAÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTOS PRÉVIOS. ✓ BETA-HCG OU DOCUMENTO DE ESTERILIZAÇÃO (APENAS PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL). <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO ECG, URINA 1, HEMOGRAMA COMPLETO E OS ANTI-CORPOS PRESENTES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ SÓDIO. ✓ POTÁSSIO. ✓ URINA 1 ✓ CREATININA. <p># ANUALMENTE: CITOLÓGICO EM URINA E CITOPATOLÓGICO DE COLO UTERINO.</p>

6. CLOROQUINA: COMPRIMIDO 150 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PRESCRITOR PODE SER ENVIADO RELATÓRIO DO OFTALMOLOGISTA.</p>
LES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L93.0 ✓ L93.1 ✓ M32.1 ✓ M32.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DO ACR, CONTENDO SINAIS E SINTOMAS, FORMA DE APRESENTAÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTOS PRÉVIOS. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO ECG, URINA 1, HEMOGRAMA COMPLETO E OS ANTI-CORPOS PRESENTES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO – PODE SER APENAS SEMESTRALMENTE. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PRESCRITOR PODE SER ENVIADO CPK, ALDOLASE E RELATÓRIO DO OFTALMOLOGISTA.</p>

7. ETANERCEPT: FRASCO-AMPOLA 25 MG E SERINGA 50 MG (AMBAS PARA VIA SUBCUTÂNEA).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBSAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP.
ARTRITE PSORIÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M07.0 ✓ M07.3 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBSAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ SOROLOGIA ANTI-HIV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, ESCALA MASES, VHS E PCR.</p>

7. ETANERCEPT: FRASCO-AMPOLA 25 MG E SERINGA 50 MG (AMBAS PARA VIA SUBCUTÂNEA).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ESPONDILITE ANQUILOSANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M45 ✓ M46.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS OU HLA-B27. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ SOROLOGIA ANTI-HIV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, VHS E PCR.</p>

7. GOLIMUMABE: SERINGA 50 MG (VIA SUBCUTÂNEA).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP.
ARTRITE PSORIÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M07.0 ✓ M07.3 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ SOROLOGIA ANTI-HIV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, ESCALA MASES, VHS E PCR.</p>

8. GOLIMUMABE: SERINGA 50 MG (VIA SUBCUTÂNEA).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ESPONDILITE ANQUILOSANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M45 ✓ M46.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS OU HLA-B27. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ SOROLOGIA ANTI-HIV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, VHS E PCR.</p>

9. HIDROXICLOROQUINA: COMPRIMIDO 400 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PRESCRITOR PODE SER ENVIADO RELATÓRIO DO OFTALMOLOGISTA.</p>
DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M33.0 ✓ M33.1 	<p># APRESENTAR 2 DOIS 3 EXAMES ABAIXO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ BIÓPSIA MUSCULAR. ✓ CPK OU ALDOLASE OU TGO + TGP. ✓ ELETRONEUROMIOGRAFIA. 	<p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PRESCRITOR PODE SER ENVIADO RELATÓRIO DO OFTALMOLOGISTA, CPK, ALDOLASE, LDH, TGO, TGP.</p>
LES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L93.0 ✓ L93.1 ✓ M32.1 ✓ M32.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DO ACR, CONTENDO SINAIS E SINTOMAS, FORMA DE APRESENTAÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTOS PRÉVIOS. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO ECG, URINA 1, HEMOGRAMA COMPLETO E OS ANTI-CORPOS PRESENTES.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO – PODE SER APENAS SEMESTRALMENTE. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PRESCRITOR PODE SER ENVIADO CPK, ALDOLASE E RELATÓRIO DO OFTALMOLOGISTA.</p>

10. IMUNOGLOBULINA HUMANA: FRASCO 5 G (VIA ENDOVENOSA).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M33.0 ✓ M33.1 	<p># APRESENTAR 2 DOIS 3 EXAMES ABAIXO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ BIÓPSIA MUSCULAR. ✓ CPK OU ALDOLASE OU TGO + TGP. ✓ ELETRONEUROMIOGRAFIA. 	<p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PRESCRITOR PODE SER ENVIADO CPK, ALDOLASE, LDH, TGO, TGP.</p>

11. INFLIXIMABE: FRASCO-AMPOLA 10 MG/ML, COM 10 ML (USO ENDOVENOSO).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP.
ARTRITE PSORIÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M07.0 ✓ M07.3 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ SOROLOGIA ANTI-HIV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, ESCALA MASES, VHS E PCR.</p>

11. INFLIXIMABE: FRASCO-AMPOLA 10 MG/ML, COM 10 ML (USO ENDOVENOSO).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ESPONDILITE ANQUILOSANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M45 ✓ M46.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS OU HLA-B27. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ SOROLOGIA ANTI-HIV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, VHS E PCR.</p>

12. LEFLUNOMIDA: COMPRIMIDO 20 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA.
ARTRITE PSORIÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M07.0 ✓ M07.3 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, ESCALA MASES, VHS E PCR.</p>

13. METOTREXATE: FRASCO AMPOLA 25 MG/ML, COM 2 ML E COMPRIMIDO 2,5 MG.

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA.
DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M33.0 ✓ M33.1 ✓ M33.2 	<p># APRESENTAR 2 DOIS 3 EXAMES ABAIXO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ BIÓPSIA MUSCULAR. ✓ CPK OU ALDOLASE OU TGO + TGP. ✓ ELETRONEUROMIOGRAFIA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ URÉIA. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO CPK, ALDOLASE, LDH.</p>
ESCLEROSE SISTÊMICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M34.0 ✓ M34.1 ✓ M34.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DO ACR/EULAR OU DESCRIÇÃO DE EVIDÊNCIA DE FENÔMENO DE RAYNAUD + PADRÃO SCLERODERMA À CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL. ✓ BETA-HCG OU DOCUMENTO DE ESTERILIZAÇÃO (APENAS PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL). ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ UREIA. ✓ CREATININA. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ URÉIA. ✓ CREATININA.

13. METOTREXATE: FRASCO AMPOLA 25 MG/ML, COM 2 ML E COMPRIMIDO 2,5 MG.

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
LES	<ul style="list-style-type: none"> ✓ L93.0 ✓ L93.1 ✓ M32.1 ✓ M32.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DO ACR, CONTENDO SINAIS E SINTOMAS, FORMA DE APRESENTAÇÃO DA DOENÇA E TRATAMENTOS PRÉVIOS. ✓ BETA-HCG OU DOCUMENTO DE ESTERILIZAÇÃO (APENAS PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL). ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ URÉIA. ✓ CREATININA. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ FOSFATASE ALCALILNA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO ECG, URINA 1, HEMOGRAMA COMPLETO E OS ANTI-CORPOS PRESENTES.</p>	<p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO HEMOGRAMA COMPLETO, TGO, TGP, URÉIA, CREATININA E FA.</p>
ARTRITE PSORIÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M07.0 ✓ M07.3 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O PPD.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, ESCALA MASES, VHS E PCR.</p>

13. METOTREXATE: FRASCO AMPOLA 25 MG/ML, COM 2 ML E COMPRIMIDO 2,5 MG.

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ESPONDILITE ANQUILOSANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M45 ✓ M46.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS OU HLA-B27. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, VHS E PCR.</p>

14. NAPROXENO: COMPRIMIDO 250 MG E 500 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA.
ARTRITE PSORIÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M07.0 ✓ M07.3 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. ✓ VHS. ✓ PCR. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, VHS E PCR.</p>
ESPONDILITE ANQUILOSANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M45 ✓ M46.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS OU HLA-B27. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, VHS E PCR.</p>

15. RALOXIFENO: COMPRIMIDO 60 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
OSTEOPOROSE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M80.0 ✓ M80.1 ✓ M80.2 ✓ M80.3 ✓ M80.4 ✓ M80.5 ✓ M80.8 ✓ M81.0 ✓ M81.1 ✓ M81.2 ✓ M81.3 ✓ M81.4 ✓ M81.5 ✓ M81.6 ✓ M81.8 ✓ M82.0 ✓ M82.1 ✓ M82.8 	<p># UM DOS ITENS ABAIXO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU DENSITOMETRIA ÓSSEA DE FÊMUR, QUADRIL OU VÉRTEBRA, EVIDENCIANDO FRATURA. ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DO TEMPO DE TRATAMENTO COM GLUCOCORTICÓIDES. 	<p># NÃO SÃO EXIGIDOS EXAMES DE MONITORAMENTO!!!</p>

16. RISEDRONATO: COMPRIMIDO 35 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
OSTEOPOROSE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M80.0 ✓ M80.1 ✓ M80.2 ✓ M80.3 ✓ M80.4 ✓ M80.5 ✓ M80.8 ✓ M81.0 ✓ M81.1 ✓ M81.2 ✓ M81.3 ✓ M81.4 ✓ M81.5 ✓ M81.6 ✓ M81.8 ✓ M82.0 ✓ M82.1 ✓ M82.8 	<p># UM DOS ITENS ABAIXO:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU DENSITOMETRIA ÓSSEA DE FÊMUR, QUADRIL OU VÉRTEBRA, EVIDENCIANDO FRATURA. ✓ CLEARANCE DE CREATININA. ✓ CÁLCIO SÉRICO. ✓ BETA-HCG OU DOCUMENTO DE ESTERILIZAÇÃO (APENAS PARA MULHERES EM IDADE FÉRTIL). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ CREATININA (APENAS PARA PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL).

17. RITUXIMABE: FRASCO-AMPOLA 500 MG/50 ML (USO ENDOVENOSO).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP.

18. SILDENAFIL: COMPRIMIDOS 25 MG E 50 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ESCLEROSE SISTÊMICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M34.0 ✓ M34.1 ✓ M34.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ RELATÓRIO MÉDICO COM A DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DO ACR/EULAR OU DESCRIÇÃO DE EVIDÊNCIA DE FENÔMENO DE RAYNAUD + PADRÃO SCLERODERMA À CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL. 	# NÃO SÃO EXIGIDOS EXAMES DE MONITORAMENTO!!!

19. SULFASSALAZINA: COMPRIMIDO 500 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 ✓ M08.0 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA.
ARTRITE PSORIÁSICA	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M07.0 ✓ M07.3 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, ESCALA MASES, VHS E PCR.</p>
ESPONDILITE ANQUILOSANTE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M45 ✓ M46.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS. ✓ PCR. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ CREATININA. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS OU HLA-B27. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ CREATININA. <p># A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO O ÍNDICE BASDAI, VHS E PCR.</p>

19. SULFASSALAZINA: COMPRIMIDO 500 MG (VIA ORAL).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REATIVA (DOENÇA DE REITER)	✓ M02.3	✓ RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO.	✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ VHS. ✓ URINA 1. # A CRITÉRIO DO MÉDICO PODE SER ENVIADO UREIA E CREATININA.
ARTROPATIA ENTEROPÁTICA	✓ M07.4 ✓ M07.5 ✓ M07.6	# NÃO SÃO EXIGIDOS EXAMES DE DIAGNÓSTICO!!!	# NÃO SÃO EXIGIDOS EXAMES DE MONITORAMENTO!!!

20. TOCILIZUMABE: FRASCO-AMPOLA 20 MG/ML, COM 4 ML (USO ENDOVENOSO).

DOENÇA	CIDs CONTEMPLADOS	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA 1ª SOLICITAÇÃO	EXAMES / RELATÓRIOS NECESSÁRIOS PARA RENOVAÇÃO TRIMESTRALMENTE
ARTRITE REUMATÓIDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ M05.0 ✓ M05.3 ✓ M05.8 ✓ M06.0 ✓ M06.8 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ VHS OU PCR. ✓ LAUDO/RELATÓRIO MÉDICO DA RADIOGRAFIA OU ULTRASSONOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DAS ÁREAS ACOMETIDAS. ✓ FR OU ANTI-CCP. ✓ CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DESCRITOS NO LME OU EM RELATÓRIO MÉDICO. ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. ✓ SOROLOGIA HBsAG. ✓ SOROLOGIA ANTI-HCV. ✓ AVALIAÇÃO DE TB LATENTE OU ATIVA (LAUDO / RELATÓRIO DA RADIOGRAFIA DE TÓRAX E PPD). 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HEMOGRAMA COMPLETO. ✓ TGO. ✓ TGP. <p># ANUALMENTE: PERFIL LIPÍDICO.</p>