



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

ABATACEPTE

Artrite Idiopática Juvenil

Portaria Conjunta nº 34, de 19 de janeiro de 2026 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem/ Apresentação: 250 mg injetável – frasco-ampola (utilização por via intravenosa).

CID contemplados: Abatacepte 250 mg injetável: M08.0, M08.1, M08.2, M08.3, M08.4, M08.8, M08.9

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação:

Utilização por via intravenosa:

A partir de 6 anos:

Pacientes com menos de 75 kg: 10 mg/kg nas semanas 0, 2 e 4 e, após, mensalmente.

Pacientes com 60 a 100 kg: 750 mg nas semanas 0, 2, 4 e, após, mensalmente.

Pacientes com mais de 100 kg: 1.000 mg nas semanas 0, 2, 4 e, após, mensalmente.

- Para faturamento (SIGTAP): 12 frascos-ampola

Observações:

Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

Idade mínima: 06 anos

Ao administrar Abatacepte 250 mg, utilizar 1 kit de infusão para cada 3 unidades do medicamento.

Grupo de financiamento: 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde



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 REUMATOLOGISTA responsável pelo atendimento ao paciente. Informar o seguinte esquema terapêutico:

- ✓ Esquemas terapêuticos com MMCD sintéticos utilizados na 1ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso) ou
- ✓ Esquema terapêutico com MMCD biológico utilizado na 2ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso).

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 REUMATOLOGISTA pelo atendimento ao paciente.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente:

- Documento de identidade;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Hemograma completo;
- Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa);
- Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizado nos últimos 12 meses;
- Fator reumatóide;
- HLA B27;
- 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)
- Informar o Índice de Atividade da doença.

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 – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – Creatinina.