



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

CICLOSPORINA

Anemia Hemolítica Autoimune

Portaria Conjunta SAES/SECTICS/MS nº 7 de junho de 2025 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 25 mg, 50 mg e 100 mg – cápsula; 100 mg/mL solução oral – frasco de 50 mL.

CIDs contemplados: D59.0, D59.1

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 25 mg – 496 cápsulas / 50 mg – 744 cápsulas / 100 mg – 372 cápsulas / 100 mg/mL – 8 frascos

Para faturamento (SIGTAP): 25 mg – 496 cápsulas / 50 mg – 744 cápsulas / 100 mg – 372 cápsulas / 100 mg/mL – 5 frascos.

Grupo de financiamento: 2 – Aquisição do medicamento 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 (HEMATOLOGISTA) 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 (HEMATOLOGISTA) responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente:

CICLOSPORINA – ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOIMUNE. (ATUALIZADO EM 19/03/2026)

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

4. Cópia dos exames:

- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Contagem de reticulócitos;
- TCD (Teste de Coombs Direto);
- Desidrogenase láctica ou dosagem de haptoglobina;
- Para a identificação do subtipo: Anti-IgG ou anti-IgA ou Anti-C3 e pesquisa de crioaglutininas ou Anti- IgG com teste de Donath-Landsteiner.

À critério do médico prescritor:

- [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 de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP;

4. Cópia dos exames:

À critério do médico prescritor:

- Dosagem sérica – creatinina.