

## ABATACEPTE

### Artrite Reumatoide

Portaria Conjunta nº 33, de 19 de janeiro de 2026 ([Protocolo na íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 125 mg injetável – seringa preenchida (utilização por via subcutânea)

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

**Quantidade máxima mensal:**

**Para dispensação:**

Utilização por via subcutânea:

**> 18 anos:** 125 mg a cada semana

**Para faturamento (SIGTAP):** 125 mg: 5 frascos-ampola.

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

**Observações:**

Conservar em temperatura de 2°C a 8°C;

Idade mínima: 125 mg – 18 anos.

#### 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. Informar o seguinte esquema terapêutico:

✓ Esquemas terapêuticos com MMCD sintéticos utilizados na 1ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso) ou

✓

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

- ✓ 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 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:
  - Dosagem sérica de PCR (Proteína C Reativa) ou VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
  - Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas realizado nos últimos 12 meses;
  - Fator reumatóide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico);
  - Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
    - 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 (ICAD).

5. 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

**COMPONENTE ESPECIALIZADO DA  
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM**



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:

Semestralmente:

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