

BARICITINIBE

Artrite Reumatoide

Portaria conjunta nº 33, de 19 de janeiro de 2026 (Protocolo na íntegra)

Informações gerais

Dosagem/ Apresentação: 2 mg e 4 mg – comprimido

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

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 2 mg – 62 comprimidos/ 4 mg – 31 comprimidos

Para faturamento (SIGTAP): 2 mg – 62 comprimidos/ 4 mg – 31 comprimidos

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

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

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
BARICITINIBE (ARTRITE REUMATÓIDE) ATUALIZADO EM 22/07/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



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

5. 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](#), 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 documentos pessoais do paciente:
Comprovante de residência com CEP.
4. Cópia dos exames:
Trimestralmente:

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



- Hemograma completo;
- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica de creatinina.