

CERTOLIZUMABE PEGOL

Artrite Psoriaca

Portaria conjunta nº 37, de 21 de janeiro de 2026. ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 200mg/ml injetável (por seringa preenchida)

CID contemplados: M07.0, M07.2, M07.3

Quantidade máxima mensal: 6 seringas

- Para dispensação:

Utilização por via subcutânea:

400 mg (duas injeções de 200 mg cada), por via subcutânea, nas semanas 0, 2 e 4; posteriormente, 200 mg a cada duas semanas ou 400 mg a cada quatro semanas.

- Para faturamento (SIGTAP): 6 seringas

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

Observações: Idade mínima - 18 anos. Conservar em temperatura de 2º a 8ºC.

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.

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.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



2. Cópia de documentos pessoais do paciente:

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

3. Cópia dos exames:

- Dosagem sérica do PCR (Proteína C Reativa);
- VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
- Laudo/relatório médico da radiografia simples, ultrassonografia (USG), ressonância magnética de áreas acometidas (RM), tomografia computadorizada (TC) ou cintilografia óssea de áreas acometidas;
- Hemograma com contagem de plaquetas;
- Dosagem sérica de Creatinina;
- Dosagem sérica de TGO/AST (Transaminase Oxalacética);
- Dosagem sérica de TGP/ALT (Transaminase Pirúvica);
- Testes sorológicos (HIV, HEPATITE B, HEPATITE C);
- 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).

À critério do médico prescritor:

- É necessário apresentar o 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

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



médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

3. Cópia dos documentos pessoais do paciente:

- Comprovante de residência com CEP.

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

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

À critério do médico prescritor:

- Índice de BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index);
- Escala MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score);
- VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
- Dosagem sérica de PCR (Proteína C Reativa).