

BUDESONIDA

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 29, de 27 de novembro de 2025 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 200 e 400 mcg – cápsula inalante

CID contemplados: J44.0, J44.1, J44.8

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 248 cápsulas de 200mg/ 124 cápsulas de 400mg

- **Para faturamento (SIGTAP):** 248 cápsulas de 200mg/ 124 cápsulas de 400mg

Grupo de financiamento: 2 – Aquisição 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 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



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:
 - Espirometria pós-broncodilatador: $VEF1/CVF < 0,7$ ou **VEF/CVF < Limite Inferior da Normalidade (LIN)** realizada até 1 ano antes da solicitação;
 - Alternativa na incapacidade de realização ou indisponibilidade da espirometria: Pico de Fluxo Expiratório (PEF) associado aos questionários CAT (COPD Assessment Test) e a mMRC (Escala de Dispneia Modificada).
 - Relatório médico – DPOC: Informando quadro clínico e funcional. Deve constar:
 - Preencher o questionário CAT e escala mMRC.
5. 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 de documentos pessoais do paciente
 - Comprovante de residência com CEP;

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento.