

CERTOLIZUMABE PEGOL

Artrite Reumatoide

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

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 200 mg/mL injetável – seringa preenchida

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

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 400 mg nas semanas 0, 2 e 4. Após manter 200 mg a cada 2 semanas ou 400 mg a cada 4 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 2°C a 8°C;

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 REUMATOLOGISTA pelo atendimento ao paciente.

CERTOLIZUMABE PEGOL (ARTRITE REUMATÓIDE) ATUALIZADO EM 27/07/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

3. Cópia de documentos pessoais do paciente:
 - a. Documento de identidade;
 - b. Comprovante de residência com CEP;
 - c. Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:
 - Dosagem sérica do PCR (Proteína C Reativa);
 - VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
 - Laudo/relatório médico da radiografia simples, ultrassonografia (USG) ou ressonância magnética de áreas acometidas (RM) das áreas acometidas;
 - Fator reumatoide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico);
 - 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).

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;

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

4. Cópia dos exames:

Semestralmente:

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