

DEFERASIROX

Sobrecarga de Ferro

Portaria Conjunta nº 38, de 21 de janeiro de 2026 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 125 mg, 250 mg e 500 mg – comprimido

CID contemplados: E83.1, T45.4

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 125 mg – 992 comprimidos / 250 mg – 496 comprimidos / 500 mg – 248 comprimidos

- **Para faturamento (SIGTAP):** 125 mg – 992 comprimidos / 250 mg – 496 comprimidos / 500 mg – 248 comprimidos

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

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.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente

DEFERASIROX (SOBRECARGA DE FERRO) ATUALIZADO EM 21/08/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



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

4. Cópia dos exames:

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

Mais um dos itens abaixo:

- Ferritina sérica acima de 1.000 ng/ml;
- Biópsia hepática com concentração de ferro acima de 3,2 mg/g de fígado seco; ou Ressonância magnética por T2 com sobrecarga cardíaca ou hepática de ferro.

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;

4. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

- Dosagem sérica de creatinina;
- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de ALT/ TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica de GGT (Gama Glutamyltransferase);

DEFERASIROX (SOBRECARGA DE FERRO) ATUALIZADO EM 21/08/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM



- Dosagem sérica de fosfatase alcalina;
- Dosagem sérica de bilirrubinas;
- Dosagem sérica de ferritina;
- Hemograma;
- Proteinúria.