

LEFLUNOMIDA

Artrite Psoriaca

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 37, de 21 de janeiro de 2026.

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 20 mg – comprimido

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

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 31 comprimidos

- Para faturamento (SIGTAP): 31 comprimidos

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

Observações: Medicamento sujeito a controle especial (Portaria 344/98 – Lista C1)

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 (trimestralmente), informando na Anamnese:
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:
 - Documento de identidade e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

LEFLUNOMIDA (ARTRITE PSORIÁSICA) ATUALIZADO EM 08/10/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

4. Cópia dos exames:

- VHS (Velocidade de hemossedimentação);
- Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa);
- Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizado nos últimos 12 meses;
- Hemograma;
- Dosagem sérica de Creatinina;
- Dosagem sérica de AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica de ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico;
- 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)
 - BETA HCG (MULHER <50 ANOS) **OBS: O exame deve ser apresentado em cada dispensação do medicamento.**

À critério do médico prescritor:

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. Receita de Controle Especial em duas vias ou Receituário Simples em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (mensalmente).

ATENÇÃO: O prazo de validade da receita será considerado a partir de sua data de emissão.

LEFLUNOMIDA (ARTRITE PSORIÁSICA) ATUALIZADO EM 08/10/2026.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA – CEAF/AM

Para este medicamento, a validade é de 30 dias, limitadas a somente uma dispensação e a 60 dias de tratamento, conforme estoque disponível nas Farmácias de Medicamentos Especializados.

3. 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 BASDAI \(Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index\);](#)
- [Escala MASES \(Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score\);](#)
- VHS (Velocidade de Hemossedimentação);
- Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa).