

## ABATACEPTE

### Artrite Reumatoide

Portaria Conjunta nº 16, de 03 de setembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 125 mg injetável – seringa preenchida (utilização por via subcutânea)

#### CIDs contemplados

M05.0, M05.1, M05.2, M05.3, M05.8, M06.0, M06.8

#### Quantidade máxima mensal:

##### - Para dispensação:

Utilização por via subcutânea:

> 18 anos: 125 mg a cada semana

- Para faturamento (SIGTAP): 125 mg: 5 frascos-ampola.

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

#### • Observações:

- Conservar em temperatura de 2°C a 8°C;
- Idade mínima: 125 mg – 18 anos;
- Recomendações para o rastreio da infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* e utilização do escore clínico pediátrico para o diagnóstico da TB, com Derivado Proteico Purificado (PPD) – o uso racional do PPD de maneira transitória e excepcional ([Nota informativa n.º 01/2023-CGDR/DCCI/SVS/MS](#)).

#### 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, informando na Anamnese:
  - ✓ Esquemas terapêuticos com MMCD sintéticos utilizados na 1ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso) ou

ABATACEPTE – ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 10/07/2025)

- ✓ Esquema terapêutico com MMCD biológico utilizado na 2ª etapa do tratamento (medicamentos e período de uso).

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 identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF;
- Comprovante de residência em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- VHS (Velocidade de Hemossedimentação) ou Dosagem sérica – PCR (Proteína C Reativa), realizado nos últimos 6 meses;
- Laudo/relatório médico da radiografia, ultrassonografia ou ressonância magnética de áreas acometidas, realizada nos últimos 12 meses;
- Fator reumatoide ou anti-CCP (Peptídeo Citrulinado Cíclico) realizada nos últimos 12 meses;
- Sorologia - HbsAG (Antígeno de superfície – Hepatite B), realizado nos últimos 12 meses;
- Sorologia - Anti-HCV (Anti-Vírus da Hepatite C) ou teste rápido, realizado nos últimos 12 meses;
- 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](#)).
- Critérios diagnósticos descritos no LME ou em relatório médico.

ATENÇÃO: Não é necessário apresentar [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (Página 19 a 22 do Protocolo)

### 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.

ABATACEPTE – ARTRITE REUMATÓIDE (Atualizado em 10/07/2025)

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 em nome do usuário, com o CEP (considerando a apresentação de comprovante de residência em nome de terceiros, se faz necessário comprovação do vínculo com a pessoa cujo nome consta no comprovante, podendo ser feito por uma carta de residência ou outro documento que comprove o vínculo);
  - Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF, em caso de emissão nos últimos 6 meses.
4. Cópia dos exames:  
Semestralmente:
  - Hemograma;
  - Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
  - Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica).

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

- I – [Declaração autorizadora](#);
- II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;
- II – Número de telefone do representante.