



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE
ARTRITE REUMATOIDE**

Portaria SAES/SCTIE nº 33 -19/01/2026



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o (a) paciente (nome completo) _____,
nome social (quando aplicável) _____,
não apresenta critérios de exclusão e apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo.

- **CITAR AS ARTICULAÇÕES ACOMETIDAS:** _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Apresentar **6 pontos ou mais** dos critérios do ACR/EULAR 2010 (de acordo com o quadro abaixo):

GRUPO	PONTUAÇÃO
ACOMETIMENTO ARTICULAR (anexar exame)	
1 grande articulação (ombros, cotovelos, quadris, joelhos e tornozelos)	0
2-10 grandes articulações	1
1-3 pequenas articulações (metacarpofalângianas, interfalângianas proximais, 2as–5as metatarsofalângianas, interfalângianas dos polegares e punhos) (com ou sem acometimento de grandes articulações)	2
4-10 pequenas articulações (com ou sem acometimento de grandes articulações)	3
> 10 articulações (pelo menos uma pequena articulação)	5
SOROLOGIA (anexar exame)	
Fator Reumatoide (FR) e anticorpos anti-peptídeos citrulinados cíclicos (anti-CCP) negativos (valores de UI menores ou iguais ao limite superior da normalidade (LSN) do laboratório e teste)	0
Fator reumatoide ou anti-CCP positivos ou em baixos títulos (valores de UI maiores que o LSN e ≤ 3 vezes o LSN para o laboratório e teste)	2
Fator reumatoide ou anti-CCP em altos títulos (valores que são > 3 vezes o LSN para o laboratório e teste)	3
PROVAS DE ATIVIDADES INFLAMATÓRIAS (anexar exame)	
VHS e PCR normais	0
VHS ou PCR alterados	1
DURAÇÃO DOS SINTOMAS	
Duração dos sintomas < 6 semanas	0
Duração dos sintomas ≥ 6 semanas	1

TRATAMENTO PRÉVIO

- AINEs

() Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo: _____

- MMCDs (Sintéticos)

- Monoterapia:

() Metotrexato: Dose: _____ Tempo: _____

() Hidroxicloroquina: Dose: _____ Tempo: _____

() Sulfassalazina: Dose: _____ Tempo: _____

() Leflunomida Dose: _____ Tempo: _____

- Associações:

() MTX + HCQ: Dose: _____ Tempo: _____

() MTX + SSZ: Dose: _____ Tempo: _____

() MTX + LNM: Dose: _____ Tempo: _____

() LNM + HCQ: Dose: _____ Tempo: _____

() LNM + SSZ: Dose: _____ Tempo: _____

() MTX + HCQ + SSZ: Dose: _____ Tempo: _____

- MMCDsae:

() Tofacitinibe: Dose: _____ Tempo: _____

() Baricitinibe: Dose: _____ Tempo: _____

() Upadacitinibe: Dose: _____ Tempo: _____

- MMCDbio (Biológicos)

() Não () Sim. Relatar nome, dose e tempo:

- MMCDbio – RITUXIMABE como primeira linha de tratamento:

“O uso do rituximabe deve ser reservado somente aos indivíduos com contraindicação absoluta, toxicidade ou falha terapêutica a todos os MMCDbio e MMCDsae.” Justificar.

Preenchimento obrigatório do Termo de Consentimento abaixo para a solicitação dos medicamentos MMCDbio:

TERMO DE CONSENTIMENTO DOS MEDICAMENTOS IMUNOBiolÓGICOS

Considerando as Portarias de Consolidação do Ministério da Saúde nº 2 e nº 6/2017 que regulamentam a execução e financiamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF e Portaria de Consolidação nº 5/2017 que determina os critérios para aquisição e disponibilização de medicamentos estratégicos no SUS, os medicamentos imunobiológicos fornecidos por meio do CEAF poderão ser disponibilizados pelo Ministério da Saúde nas formas: medicamento originador e medicamento bioequivalente.

Desta forma, eu _____ CRM/UF nº _____, declaro estar ciente da intercambialidade entre os medicamentos imunobiológicos (originador e bioequivalente) de forma automática em conformidade com apresentação disponibilizada pelo Ministério da Saúde, para o paciente _____, desde de que o medicamento esteja em uso pelo tempo mínimo necessário definido para sua troca.

Medicamento Imunobiológico: _____ CID-10: _____

Assinatura e carimbo do (a) médico (a)

Data