



**FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS
POR MEIO DO CEAFF/SC PARA O TRATAMENTO DE DOENÇA PULMONAR
OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC)**

Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 29 de 27 de novembro de 2025



Declaro, para os devidos fins que o (a) paciente _____,
preenche os critérios de inclusão para a utilização do(s) medicamento(s):

1) Para solicitação de **Formoterol, Budesonida ou Formoterol + Budesonida**, o(a) paciente(a) deve apresentar diagnóstico **clínico e funcional** de DPOC e um dos fatores de risco, sendo **obrigatório assinalar UMA das opções (anexar exame comprobatório ou laudo médico)**:

- Espirometria** completa com laudo, com resultado de VEF1/CVF **inferior** a 70% após teste com o broncodilatador (**Pós-BD**), **sem o uso da medicação solicitada, OU**
- Espirometria** completa com laudo, com resultado de VEF1/CVF **superior** a 70% após teste com o broncodilatador (**Pós-BD**), **com uso da medicação solicitada, OU**
- Laudo médico** descrevendo os aspectos clínicos, nas situações em que a **espirometria não está disponível OU não pode ser realizada** pelo paciente **OU quando, independente dos valores espirométricos, o uso da medicação seja justificado.**

2) Para solicitação de **Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol** o (a) paciente(a) deve **pertencer aos grupos B ou E** da classificação de risco da DPOC (GOLD 2025), sendo **obrigatório assinalar UMA das opções (anexar exame comprobatório ou laudo médico)**:

- Espirometria** completa com laudo, com resultado de VEF1/CVF **inferior** a 70% após teste com o broncodilatador (**Pós-BD**), **sem uso da medicação solicitada, OU**
- Espirometria** completa com laudo, com resultado de VEF1/CVF **superior** a 70% após teste com o broncodilatador (**Pós-BD**), **com uso da medicação solicitada, OU**
- Laudo médico** descrevendo os aspectos clínicos, nas situações em que a **espirometria não está disponível OU não pode ser realizada** pelo paciente **OU quando, independente dos valores espirométricos, o uso da medicação seja justificado.**

3) Para solicitação de **Tiotrópio monoidratado + Cloridrato de olodaterol**, o(a) paciente(a) deve **pertencer ao grupo E** da classificação de risco da DPOC (GOLD 2025) e apresentar **DPOC grave ou muito grave**, sendo **obrigatório assinalar UMA das opções (anexar exame comprobatório)**:

- Espirometria** completa com laudo, com resultado de VEF1/CVF **inferior** a 70% e VEF1 **preditivo inferior** a 50% após teste com o broncodilatador (**Pós-BD**), **sem uso da medicação solicitada, OU**
- Espirometria** completa com laudo, com resultado de VEF1/CVF **superior** a 70% e resultado de VEF1 **preditivo superior** a 50% após teste com o broncodilatador (**Pós-BD**), **com uso da medicação solicitada.**

4) Para solicitação de **Furoato de fluticasona + Brometo de umeclidínio + Trifenatato de vilanterol OU Dipropionato de beclometasona + Fumarato de formoterol di-hidratado + Brometo de glicopirrônio**, o(a) paciente(a) deve **pertencer ao grupo E** da classificação de risco da DPOC (GOLD 2025) e apresentar **DPOC grave ou muito grave**, sendo **obrigatório assinalar AS opções abaixo** conforme o quadro do paciente **(anexar exame comprobatório)**:

- Espirometria** completa com laudo, com resultado de VEF1/CVF **inferior** a 70% e VEF1 **preditivo** inferior a 50% **após** teste com o broncodilatador (**Pós-BD**), **sem uso da medicação solicitada, OU**
- Espirometria** completa com laudo, com resultado de VEF1/CVF **superior** a 70% e VEF1 **preditivo** superior a 50% **após** teste com o broncodilatador (**Pós-BD**), **com uso da medicação solicitada**

E (anexar exame comprobatório):

- Exame de hemograma com a presença de **eosinofilia sanguínea ≥ 300 células/ μL , OU**
- Exame de hemograma com a presença de **eosinofilia sanguínea entre ≥ 100 e < 300 células/ μL com exacerbações frequentes, OU**
- Exacerbações **frequentes, mesmo com uso de terapia dupla (LABA+LAMA).**

5) Terapias atuais e anteriores (informar medicamentos):

6) Outros sinais e sintomas, incluindo a duração deles:

Assinatura e carimbo médico (a)

Local e data

DIAF
Diretoria de Assistência
Farmacêutica