



FORMULÁRIO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS  
POR MEIO DO CEF/SC PARA O TRATAMENTO DE  
**ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL**

Portaria SAES/SCTIE nº 34 - 19/01/2026



Declaro, para fins de solicitação de medicamentos que o paciente (nome completo) \_\_\_\_\_,

nome social (quando aplicável) \_\_\_\_\_,

**não** apresenta critérios de exclusão e apresenta os critérios de inclusão assinalados abaixo.

**CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

**AIJ sistêmica:**

- Artrite
- Febre >15 dias, documentada por pelo menos 3 dias na semana
- Manifestação extra-articular: rash, serosite, hepatomegalia, esplenomegalia, linfomegalia generalizada

**AIJ oligoarticular:**

- 1 a 4 articulações com artrite nos 6 primeiros meses de doença

**AIJ poliarticular FR positivo:**

- Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença
- Fator reumatoide positivo em 2 testes com intervalo de 3 ou mais meses (**ANEXAR EXAMES**)

**AIJ poliarticular FR negativo:**

- Mais de 4 articulações acometidas nos primeiros 6 meses de doença (grandes e pequenas articulações)
- Fator reumatoide negativo (**ANEXAR EXAME**)

**Artrite psoríaca:**

- Artrite e psoríase **OU**
- Artrite e 2 dos seguintes: dactilite, alteração ungueal (pequenas depressões puntiformes nas unhas ou onicólise), parente de primeiro grau com psoríase

**Artrite relacionada a Entesite:**

- Artrite e entesite **OU**
- Artrite ou entesite + 2 dos seguintes: HLA B27 positivo (**ANEXAR EXAME**), dor lombo-sacra inflamatória ou dor a digito-pressão de sacroilíacas, início da artrite no sexo masculino, pacientes com mais de 6 anos, uveíte anterior aguda, parente de primeiro grau com doença ligada ao HLA B27 (espondilite anquilosante, artrite relacionada a entesite, doença intestinal inflamatória com sacroilíte, artrite reativa, uveíte anterior aguda)

**Artrite indiferenciada:**

- Paciente que não preenche critérios de inclusão de nenhum dos 6 subtipos **OU**
- Paciente que preenche critérios para mais de um dos 6 subtipos

**Descrição detalhada do quadro clínico:**

**TRATAMENTO (S)**

( ) Início de tratamento

( ) Tratamento (s) prévio (s): Especificar o medicamento, dose e tempo de uso:

**- AINEs:**

( ) Não ( ) Sim. Relatar nome, dose e tempo de uso: \_\_\_\_\_

**- MMCD SINTÉTICO (s):**

( ) Não ( ) Sim. Assinalar nome, relatar dose e tempo de uso:

( ) Metotrexato - Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) Sulfassalazina - Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) Leflunomida - Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

( ) Ciclosporina - Dose: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_

**- MMCD BIOLÓGICO (s):**

( ) Não ( ) Sim. Relatar nome do medicamento, dose e tempo de uso:

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

**TERMO DE CONSENTIMENTO DOS MEDICAMENTOS IMUNOBIOLOGICOS**

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 biossimilar.

Desta forma, eu \_\_\_\_\_  
CRM/UF nº \_\_\_\_\_, declaro estar ciente da intercambialidade entre os medicamentos imunobiológicos (originador e biossimilar) 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