

FORMOTEROL + BUDESONIDA

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Portaria Conjunta SAES/SCTIE/MS nº 19, de 16 de novembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: Formoterol 12 mcg+ Budesonida 400 mcg – cápsula inalante ou pó inalante e Formoterol 6 mcg + Budesonida 200 mcg – cápsula inalante ou pó inalante

CID contemplados: J44.0, J44.1, J44.8

Quantidade máxima mensal:

- **Para dispensação:** 12 mcg / 400 mcg – 124 cápsulas ou 3 frascos (60 doses/frasco);

6 mcg / 200 mcg – 248 cápsulas ou 6 frascos (60 doses/frasco)

- **Para faturamento (SIGTAP):** 12 mcg / 400 mcg – 124 cápsulas ou 3 frascos (60 doses/frasco);

6 mcg / 200 mcg – 248 cápsulas ou 6 frascos (60 doses/frasco)

Grupo de financiamento: 2 – Aquisição pelo Estado de São Paulo.

Observações: Nome comercial ALENIA®, fabricante BIOSSINTETICA FARMACEUTICA LTDA., conforme Ata de Registro de Preços (nº 139/2018).

Veja aqui o [Vídeo de utilização do dispositivo inalatório](#)

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.

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.

FORMOTEROL + BUDESONIDA - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (Atualizado em 28/06//2023)



COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

3. Cópia de documentos pessoais do paciente
 - Documento de identidade e CPF;
 - Comprovante de residência com CEP;
 - Cartão Nacional de Saúde (CNS).
4. Cópia dos exames:
 - Pletismografia ou Espirometria;
 - Relatório médico informando quadro clínico e funcional de DPOC do paciente (conforme item . Diagnóstico do PCDT).
5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (pág. 27).

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. 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 com CEP;

Atenção: Não são exigidos exames de monitoramento.

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.