

FORMOTEROL + BUDESONIDA

Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE Nº 29, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2025. ([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 21/01//2025)

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF/CIN;
- 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);
- 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](#)

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 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/CIN, em caso de emissão nos últimos 6 meses.

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.