

# ALFAPEGINTERFERONA – Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções

2A 180 mcg – seringa preenchida

Portaria SCTIE/MS nº 47, de 02 de dezembro de 2016 (Portaria na Íntegra)

## Informações

**CIDs:** B18.0, B18.1

**Quantidade máxima mensal:** 5 seringas ou frascos-ampola

**Grupo de Financiamento:** 1A

## Documentação Necessária

### 1º 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.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS);
  - CPF.
4. Cópia dos exames:
  - Carga viral do HCV,
  - Genotipagem
  - Exames do grau de fibrose (não é obrigatório)
5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

### Renovação

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 (trimestralmente).
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (trimestralmente).
3. Cópia dos exames:
  - Carga viral do HCV,
  - Genotipagem
  - Exames do grau de fibrose (não é obrigatório)