



ESTADO DE MATO GROSSO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUARA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JUARA  
GABINETE DA SECRETÁRIA

OFÍCIO Nº 0665/2024-SMS/GS

Juara-MT, 27 de maio de 2024.

Ao Vereador  
**Luciano Olivetto**  
Câmara Municipal de Juara

Câmara Municipal de Juara - MT



PROTOCOLO GERAL 761/2024  
Data: 28/05/2024 - Horário: 14:22  
Administrativo

**Assunto:** Resposta Ofício nº 0121/GVLO/2024.

Prezado Vereador,

Servimo-nos cordialmente do presente, primeiramente para cumprimentá-lo e na oportunidade responder ao Ofício nº 0121/GVLO/2024, a saber:

Conforme informado no Ofício nº **0587/2024-SMS/GS** o fármaco Mesalazina 800 mg, faz parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, classificado como "*Grupo 2 - medicamentos para os quais o financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação é responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal*". A farmácia Municipal, para auxílio do paciente, e para que esse não necessite se deslocar a capital do estado, faz o processo e encaminha a Farmácia de Alto Custo do Estado, e posterior, quando aprovado o processo, recebe do Estado e faz a dispensação ao paciente.

Acerca da entrega incompleta do medicamento realizada na data 21/05/2024, conforme detalhamento de solicitação do Estado fora requerido 180 comprimidos do fármaco em questão, no entanto o médico avaliador deferiu apenas 90 comprimidos para envio ao município e dispensação. Desta forma o motivo da entrega de 50% do solicitado fora por responsabilidade do médico avaliador da SAF.

Contudo a Farmacêutica responsável pela farmácia do município e da entrega dos medicamentos do Alto Custo entrou em contato com a SAF para maiores esclarecimentos e motivo da diminuição do solicitado, e conseguiu junto ao setor a regularização e aprovação justificando o quadro e documentos da paciente que sua próxima retirada venha com 100% dos medicamentos aprovados, conforme Detalhamento de Solicitação de impresso em 27/05/2024.

Sem mais para o momento, aproveitamos o ensejo para reiteirar votos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

  
Maisa Figueiredo de Sousa  
Sec. Mun. de Saúde  
Port. 004/21 de 04/01/21



Medicamentos Autorização

MEDICAMENTO	Qtd Solicitada	Qtd Avallada	Qtd Autorizada	Autorização
MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	Mês 1 180	Mês 1 90	Mês 1 90	Autorizado
	Mês 2 180	Mês 2 90	Mês 2 90	
	Mês 3 180	Mês 3 90	Mês 3 90	

**Autorizador** MARIA ALDEMIRA LOPES DOS SANTOS

**CPF:** 34379533387

**Data da Autorização:** 10/05/2024

**Nº da APAC:** 5124200661998

**Vigilância:** 10/05/2024 a 31/07/2024

Dispensação

MEDICAMENTO	Procediment	Qtd	Situação	Data Ultima Disp.						
MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	0604010036	<table border="1"> <tr> <td>Mês 1</td> <td>90</td> </tr> <tr> <td>Mês 2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Mês 3</td> <td>0</td> </tr> </table>	Mês 1	90	Mês 2	0	Mês 3	0	Autorizado	17/05/2024
Mês 1	90									
Mês 2	0									
Mês 3	0									

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
Detalhamento de solicitação

Nome do Paciente: APARECIDA RODRIGUES SOUZA  
CNS: 700305915774832  
CPF: 00365148105  
Status: Ativo  
Peso: 65.5                      Altura 155  
Raça/Cor: PARDA                      Etnia:

Medicamentos

MEDICAMENTO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	DEFERIMENTO
MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	180	180	180	Deferido

Solicitação

Estabelecimento de Saúde: SMS DE JUARA CEA/CBAF/CESAF SES-MT                      CNES: 2392666  
Médico Solicitante: ANDERSON LANER                      CRM: 7716 - M  
Data da Solicitação: 18/04/2024                      Atendente RAFAELLA VELAZQUEZ  
Status: AGUARDANDO AUTORIZAÇÃO?O                      Tipo de Solicitação: NOVA SOLICITAÇÃO

Diagnóstico  
COLITE ULCERATIVA

Anamnese  
DOR ABDOMINAL

Tratamentos Pré-  
EM TTO

AVALIAÇÃO

Critérios de Inclusão

Pacientes com diagnóstico comprovado por exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU, com doença intestinal ativa (independente da extensão) OU em remissão clínica (pacientes com diagnóstico prévio e em tratamento, mesmo na ausência de sintomas ou alterações ao exame endoscópico atual).

Critérios de Exclusão

Serão excluídos os pacientes com outras doenças inflamatórias intestinais, e pacientes com intolerância, hipersensibilidade ou contraindicação ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

Critérios de Interrupção

Pacientes que apresentarem uma resposta inadequada ou perda de resposta ao tratamento  
Pacientes que apresentarem intolerância por hipersensibilidade ou toxicidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes dos medicamentos preconizados neste PCDT.

Resultado dos Exames

Nome do Exame	Valor de	Resultado	Data
Cópia do exame de dosagem de Creatinina	0,6 - 1,3	0,51	19/12/2023
Cópia do exame de Hemograma completo	-X	HG: 11,5	19/12/2023
Cópia do exame Qualitativo de urina (EQU)	-X	AMARELA CITRINA	19/12/2023
Cópia do laudo endoscópico da colonoscopia OU		retocolite mucosa a esclarecer poupando ceco	07/07/2023

Medicamentos Avaliados

MEDICAMENTO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	DEFERIMENTO
MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	180	180	180	Deferido

Avaliado MARDEM MACHADO DE SOUZA

CPF: 52239934620

Data da avaliação 24/05/2024

Medicamentos Autorização

MEDICAMENTO	Qtd Solicitada	Qtd Avallada	Qtd Autorizada	Autorização
MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	Mês 1 <input type="text" value="180"/>	Mês 1 <input type="text" value="180"/>	Mês 1 <input type="text"/>	Deferido
	Mês 2 <input type="text" value="180"/>	Mês 2 <input type="text" value="180"/>	Mês 2 <input type="text"/>	
	Mês 3 <input type="text" value="180"/>	Mês 3 <input type="text" value="180"/>	Mês 3 <input type="text"/>	

Autorizador

CPF:

Data da Autorização:

Nº da APAC:

Vigilância:

a

Dispensação

MEDICAMENTO	Procediment	Qtd	Situação	Data Ultima Disp.
MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	0604010036	Mês 1 <input type="text"/> Mês 2 <input type="text"/> Mês 3 <input type="text"/>	Deferido	