



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

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Detalhamento de solicitação

Nome do Paciente: APARECIDA RODRIGUES SOUZA
CNS: 700305915774832
CPF: 00365148105
Status: Ativo
Peso: 65 Altura 1.55
Raça/Cor: PARDA Etnia:

Medicamentos

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

Solicitação

Estabelecimento de Saúde: CENTRO ESTADUAL DE ABASTECIMENTO E CNES: 4069463
Médico Solicitante: ANDERSON LANER CRM: 7716 - M
Data da Solicitação: 18/01/2024 Atendente JOLICE FERREIRA GOMES
Status: Encerrada Tipo de Solicitação: RENOVAÇÃO
Diagnóstico
RETICOLITE ULCERATIVA
Anamnese
DOR ABDOMINAL +?
Tratamentos Pré-
ESTA EM TRATAMENTO

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
---------------	----------	-----------	------

Medicamentos Avaliados

MEDICAMENTO	MÊS 1	MÊS 2	MÊS 3	DEFERIMENTO
MESALAZINA 800 MG COMP GRUPO 2	90	90	90	Autorizado

Avaliado MARDEM MACHADO DE SOUZA CPF: 52239934620
Data da avaliação 11/03/2024

Medicamentos Autorização

Medicamentos Autorização

MEDICAMENTO	Qtd Solicitada	Qtd Avaliada	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	Mês 1 90	Autorizado	17/05/2024
		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 CEAF/CBAF/CESAF SES-MT
Médico Solicitante: ANDERSON LANER
Data da Solicitação: 18/04/2024
Status: AGUARDANDO AUTORIZAÇÃO
Diagnóstico: COLITE ULCERATIVA
Anamnese: DOR ABDOMINAL
Tratamentos Pré-existent: EM TTO
CNES: 2392666
CRM: 7716 - M
Atendente: RAFAELLA VELAZQUEZ
Tipo de Solicitação: NOVA SOLICITAÇÃO

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
Data da avaliação: 24/05/2024

CPF: 52239934620

Medicamentos Autorização

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

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	Deferido	
		Mês 2		
		Mês 3		