

## TOFACITINIBE

### Retocolite Ulcerativa

Portaria Conjunta nº 22, de 20 de dezembro de 2021 ([Protocolo na íntegra](#) e [Protocolo Resumido](#))

### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 5 mg – comprimido revestido

**CID contemplados:** K51.0, K51.2, K51.3, K51.5, K51.8

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 5 mg – 124 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 5 mg – 124 comprimidos

**Grupo de financiamento:** 1 A – Aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde

**Observações:**

### 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.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identificação válido (conforme legislação vigente) que conste o número do CPF;
  - 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

TOFACITINIBE- RETOCOLITE ULCERATIVA (Atualizado em 07/01/2025)

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:

- Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU realizado nos últimos 12 meses;
- Dosagem sérica – creatinina, realizado nos último 3 meses;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética), realizado nos últimos 3 meses;
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica), realizado nos últimos 3 meses;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa, realizado nos últimos 12 meses;
- Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
- [Prova de Mantoux – PPD \(teste tuberculínico\)](#) ou equivalente (teste IGRA), realizado nos últimos 12 meses;

A critério do médico prescritor:

- [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#) (Páginas 24 a 26 do Protocolo).

### 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 dos 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, em caso de emissão nos últimos 6 meses.

**4. Cópia dos exames:**

Dosagem sérica – creatinina;

Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);

Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);

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.