



Dracena, 10 de junho de 2025.

Ofício n° CM-450/2025.

Assunto: Presta informações (Requerimento n° 633/25).

Senhor Presidente,

Reportando-nos ao Requerimento n° 633/25, de autoria do n. Vereador Edivaldo Caetano de Souza, subscrito pelos Vereadores Eduardo Henrique da Palma e Marcos Antônio da Cruz, vimos por meio deste encaminhar as informações prestadas pela Supervisora de Serviços de Farmácia e Sociais.

Ao ensejo, aproveitamos para manifestar a Vossa Excelência protestos de estima e apreço.

GENI PEREIRA LOBO PESIN

Prefeita Municipal

Exmo. Sr .

DANILO LEDO DOS SANTOS

DD. Presidente à Câmara Municipal

NESTA

vcp./



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3D83-FD40-2679-07C2

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ GENI PEREIRA LOBO PESIN (CPF 039.XXX.XXX-03) em 10/06/2025 19:25:29 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://dracena.1doc.com.br/verificacao/3D83-FD40-2679-07C2>

Demanda Legislativa 1- 970/2025

De: Meliane P. - SSHP

Para: Envolvidos internos acompanhando

Data: 10/06/2025 às 16:19:17

Setores envolvidos:

SGG, SGG-DGG, SSHP, SSHP-DRSI, PR

Requerimento nº 633/25

Segue anexo

att.

—

Meliane Duarte Gazaroli Pereira
Secretária Adjunta de Saúde

Anexos:

requerimento_633.pdf

Untitled_06102025_034206.pdf



Dracena (SP), 10 de Junho de 2025.

Ofício nº. 105 /2025

Assunto: Resposta de Requerimento

Referente: Requerimento 633/2025 – Câmara Municipal

Em resposta ao requerimento nº 633/2025 vimos informar que os medicamentos de Alto Custo também conhecidos como Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) é um programa sob gestão Estadual que recebe financiamento Federal e o co-financiamento é de responsabilidade estadual. A dispensação desses medicamentos é realizada pela Farmácia de Alto Custo do Centro de Saúde Takashi Enokibara. Para que o processo seja iniciado o próprio paciente poderá comparecer nesta unidade onde deverá ser orientado pela farmacêutica que seguirá o protocolo clínico e diretrizes terapêuticas dando início ao processo que será encaminhado via malote para cidade de Presidente Prudente onde será realizada auditoria para ser aprovado. Este trâmite deverá demorar em torno de 60 dias para que o paciente passe a receber este medicamento mensalmente.

Ressaltamos a importância de tal protocolo e a compreensão dos munícipes no entendimento que tais medicamentos são dispensados na Farmácia de Alto Custo do município com responsabilidade estadual.

Segue anexo a lista de medicamentos.

Aproveitamos a oportunidade e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Flavia Beretta de Campos Ferreira
Supervisor de Serviços de Farmácia e Sociais



R. Espírito Santo, 135 – Tel: (18)3822-3151 - CEP: 17.900-000 –DRACENA – SP
e-mail: ambulatorio@dracena.sp.gov.br

Aproveitamos a oportunidade e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Assinado por 2 pessoas: FLAVIA BERETTA DE CAMPOS FERREIRA e RONIZE SEEFELDER FLAVIO DE CURSI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://dracena.1doc.com.br/verificacao/1168-FC88-2BED-7FDC> e informe o código 1168-FC88-2BED-7FDC



/governosp



Secretaria de Estado da Saúde

- [Cidadão](#)
- [Gestor](#)
- [Profissional da Saúde](#)

Consulta por MEDICAMENTO

| A

[abatacepte](#)

[acetazolamida](#)

[ácido nicotínico](#)

[ácido ursodesoxicólico](#)

[ácido zoledrônico](#)

[acitretina](#)

[adalimumabe](#)

[alentuzumabe](#)

[alfagalsidase](#)

[Alfataliglicerase](#)

[alfaglicosidase](#)

[alfadornase](#)

[alfaelosulfase](#)

[alfaepoetina](#)

[alfainterferona 2b](#)

[alfavelaglicerase](#)

[alfavestronidase](#)

[amantadina](#)

[ambrisentana](#)



clozapina

codeína

complemento alimentar para paciente fenilcetonúrico (fórmula de aminoácidos isenta de fenilalanina)

| **D**

danazol

dapagliflozina

deferasirox

deferiprona

desferroxamina

desmopressina

donepezila

dorzolamida

| **E**

eculizumabe

eltrombopague olamina

enoxaparina sódica

entacapona

etanercepte

etossuximida

everolimo

| **F**

fenofibrato

fenoterol

filgrastim

fingolimode

fludrocortisona

formoterol

formoterol + budesonida



latanoprost

leflunomida

leuprorelina

levetiracetam

| M

memantina

mesalazina

mepolizumabe

metadona

metilprednisolona

metotrexato

micofenolato de mofetila

micofenolato de sódio

miglustate

morfina

| N

naproxeno

natalizumabe

nusinersena

| O

octreotida

olanzapina

omalizumabe

| P

pamidronato

pancreatina

paricalcitol



Assinado por 2 pessoas: FLAVIA BERETTA DE CAMPOS FERREIRA e RONIZE SEEFELDER FLAVIO DE CURSI
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://dracena.1doc.com.br/verificacao/1168-FC88-2BED-7FDC> e informe o código 1168-FC88-2BED-7FDC



sirolimo

somatropina

sulfassalazina

| T

tafamidis

tacrolimo

teriflunomida

timolol

tiotrópio + olodaterol

tobramicina

tocilizumabe

tofacitinibe

topiramato

toxina botulínica tipo a

travoprostá

trientina

trixifenidil

triptorrelina

| U

umeclidínio + vilanterol

upadacitinibe

ustequinumabe

| V

vedolizumabe

vigabatrina

| Z

ziprasidona



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES* _____ 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante _____

3- Nome completo do Paciente* _____ 5-Peso do paciente* _____ kg

4- Nome da Mãe do Paciente* _____ 6-Altura do paciente* _____ cm

1	2	3	4	5	6	8- Quantidade solicitada*									
						1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês				
1															
2															
3															
4															
5															
6															

9- CID-10* _____ 10- Diagnóstico _____

11- Anamnese* _____

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

NÃO SIM. Relatar: _____

13- Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento _____

Nome do responsável _____

14- Nome do médico solicitante* _____

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* _____ 16- Data da solicitação* _____

17- Assinatura e carimbo do médico* _____

18 -CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante

Outro, informar nome: _____ e CPF _____

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

Branca Amarela

Preta Indígena. Informar Etnia: _____

Parda

20- Telefone(s) para contato do paciente _____

21- Número do documento do paciente _____

CPF ou CNS _____

22- Correio eletrônico do paciente _____

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento _____

Assinado por: FLAVIA BEATRIZ DE CAMPOS FERREIRA e RONIZE SEEFELDER FLAVIO DE CURSI
 Para verificar a validade das assinaturas, acesse: https://dracena.tbcc.com.br/verificacao/169-FC68-2BED-77DC e informe o código 1168-FC68-2BED-77DC





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 1168-FC88-2BED-7FDC

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ FLAVIA BERETTA DE CAMPOS FERREIRA (CPF 080.XXX.XXX-82) em 11/06/2025 07:40:50
GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ RONIZE SEEFELDER FLAVIO DE CURSI (CPF 050.XXX.XXX-16) em 11/06/2025 07:53:00 GMT-03:00
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://dracena.1doc.com.br/verificacao/1168-FC88-2BED-7FDC>