



AMAZONAS

GOVERNO DO ESTADO

TOFACITINIBE

Retocolite Ulcerativa

Portaria Conjunta nº 09, de 12 de setembro de 2024 ([Protocolo na íntegra](#))

Informações gerais

Dosagem / Apresentação: 5 mg – comprimido

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

Quantidade máxima mensal:

Para dispensação: 124 comprimidos

Para faturamento (SIGTAP): 124 comprimidos

Grupo de financiamento: 1A - Aquisição Centralizada pelo Ministério da Saúde

Observações:

Idade mínima: 18 anos

É contraindicado em caso de tuberculose sem tratamento; infecção bacteriana com indicação de uso de antibiótico; infecção fúngica ameaçadora à vida; infecção por herpes zóster ativa; hepatites B ou C agudas.

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

- [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.
- Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo

TOFACITINIBE (RETOCOLITE ULCERATIVA) ATUALIZADO EM 11/03/2026.

médico responsável pelo atendimento ao paciente.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identidade e CPF;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Laudo de exame endoscópico (colonoscopia ou retossigmoidoscopia) e alterações histopatológicas sugestivas de RCU;
- Dosagem sérica – AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética) e ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – creatinina;
- Avaliação de Tuberculose Latente ou Ativa:
 - Laudo/relatório médico de Radiografia de tórax;
 - Prova de Mantoux - PPD (teste tuberculínico) ou equivalente (teste IGRA)

5. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade (pág. 24).

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 com CEP.

4. Cópia dos exames:

Trimestralmente:

- Dosagem sérica – AST/TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica- ALT/TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – creatinina.