

**ANEXO ÚNICO A COMUNICAÇÃO INTERNA N. 31/2024**  
**ESTIMATIVA DE QUANTIDADES / MEMÓRIA DE CÁLCULO**

| Item | Código | Medicamento                                                                                                                           | Unidade de Aquisição  | Tipo de demanda (1)                                        | Posologia e frequência (2) | Quantidade mensal por paciente (3) | Quantidade anual por paciente (4) | Quantidade estimada de pacientes para este tipo de demanda (5) | Total para 12 meses (6) |
|------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 1    | 17393  | Divalproato de sódio - Dosagem: 500 mg; Apresentação: comprimido revestido; Marca: Depakote.                                          | Cx - 30 – Comprimidos | Demanda I                                                  | 2 comprimidos ao dia       | 2                                  | 24                                | 1                                                              | 24                      |
|      |        |                                                                                                                                       |                       | Demanda II                                                 | 3 comprimidos ao mês       | 3                                  | 36                                | 2                                                              | 72                      |
|      |        |                                                                                                                                       |                       | Demanda III                                                | 8 comprimidos ao dia       | 8                                  | 96                                | 1                                                              | 96                      |
|      |        |                                                                                                                                       |                       | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 2 comprimidos ao dia       | 2                                  | 24                                | 1                                                              | 24                      |
|      |        |                                                                                                                                       |                       | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 3 comprimidos ao mês       | 3                                  | 36                                | 1                                                              | 36                      |
| 2    | 1561   | Succinato de desvenlafaxina monohidratado - Dosagem: 50 mg; Apresentação: comprimido revestido de liberação prolongada ou controlada. | 1 – Unidade           | Demanda I                                                  | 1 comprimido ao dia        | 30                                 | 360                               | 2                                                              | 720                     |
|      |        |                                                                                                                                       |                       | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 1 comprimido ao dia        | 30                                 | 360                               | 1                                                              | 360                     |
|      |        |                                                                                                                                       |                       |                                                            |                            |                                    |                                   |                                                                | <b>1080</b>             |
| 3    | 19239  | Aripiprazol - Dosagem: 10 mg; Apresentação: comprimido; Marca: Toarip.                                                                | Cx. – 30 comprimidos  | Demanda I                                                  | 1 comprimido ao dia        | 1                                  | 12                                | 1                                                              | 12                      |
|      |        |                                                                                                                                       |                       | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 1 comprimido ao dia        | 1                                  | 12                                | 1                                                              | 12                      |
|      |        |                                                                                                                                       |                       |                                                            |                            |                                    |                                   |                                                                | <b>24</b>               |
|      |        | Sulfato de glicosamina + sulfato de condroitina -                                                                                     |                       | Demanda I                                                  | 3 comprimidos ao dia       | 90                                 | 1080                              | 5                                                              | 5400                    |

|   |       |                                                                                                                                                                    |                         |                                                            |                          |    |      |   |      |
|---|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|----|------|---|------|
| 4 | 21822 | Dosagem: 500 mg + 400 mg; Apresentação: cápsula gelatinosa.                                                                                                        | 1 – Unidade             | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 3 comprimidos ao dia     | 90 | 1080 | 2 | 2160 |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         |                                                            |                          |    |      |   | 7560 |
| 5 | 15866 | Sulfato de glicosamina + sulfato de condroitina - Dosagem: 500 mg + 400 mg; Apresentação: cápsula gelatinosa; Marca: Artrolive.                                    | Cx. 30 Cápsulas         | Demanda I                                                  | 3 comprimidos ao dia     | 3  | 36   | 2 | 72   |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 3 comprimidos ao dia     | 3  | 36   | 1 | 36   |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         |                                                            |                          |    |      |   | 108  |
| 6 | 7001  | Posaconazol - Dosagem: 40 mg/ml; Apresentação: suspensão oral.                                                                                                     | Fr. 105 MI              | Demanda I                                                  | Tomar 10 ml 2x ao dia    | 6  | 72   | 1 | 72   |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | Tomar 10 ml 2x ao dia    | 6  | 72   | 1 | 72   |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         |                                                            |                          |    |      |   | 144  |
| 7 | 5559  | Fumarato de formoterol di-hidratado + budesonida - Dosagem: 12 mcg + 400 mcg; Apresentação: cápsulas gelatinosas duras + pó; Acompanha: 1 inalador; Marca: Alenia. | Fr. 60 Cápsulas         | Demanda I                                                  | 2 doses ao dia           | 1  | 12   | 2 | 24   |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 2 doses ao dia           | 1  | 12   | 1 | 12   |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         |                                                            |                          |    |      |   | 36   |
| 8 | 22272 | Fumarato de formoterol di-hidratado + budesonida - Dosagem: 12 mcg + 400 mcg; Apresentação: cápsulas ou tubo inalatório; Acompanha: 1 inalador.                    | 1 – Dose                | Demanda I                                                  | 2 doses ao dia           | 60 | 720  | 4 | 2880 |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 2 doses ao dia           | 60 | 720  | 1 | 720  |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         |                                                            |                          |    |      |   | 3600 |
| 9 | 5833  | Pembrolizumabe - Dosagem: 100 mg / 4 ml; Apresentação: solução injetável; Embalagem: frasco-ampola com 4 ml; Marca: Keytruda.                                      | Cx. – 1 – Frasco/Ampola | Demanda I                                                  | 2 ampolas a cada 21 dias | 4  | 48   | 2 | 96   |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         | Demanda II                                                 | 1 ampolas a cada 15 dias | 2  | 24   | 1 | 24   |
|   |       |                                                                                                                                                                    |                         | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 2 ampolas a cada 21 dias | 4  | 48   | 1 | 48   |





|    |       |                                                                                                                                  |                    |                                                            |                          |   |    |   |     |
|----|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------|---|----|---|-----|
|    |       |                                                                                                                                  |                    | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 1 ampolas a cada 15 dias | 2 | 24 | 1 | 24  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    |                                                            |                          |   |    |   | 192 |
| 10 | 23159 | Emicizumabe - Apresentação: frasco-ampola; Marca: Hemcibra; Dosagem: 30 mg.                                                      | 1- Unidade         | Demanda I                                                  | 2 ampolas ao mês         | 2 | 24 | 1 | 24  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 2 ampolas ao mês         | 2 | 24 | 1 | 24  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    |                                                            |                          |   |    |   | 48  |
| 11 | 19745 | Cloridrato de oxibutinina - Dosagem: 10 mg; Apresentação: comprimidos revestidos de liberação controlada; Marca: Retemic UD      | Cx. 30 Comprimidos | Demanda I                                                  | 1 comprimido ao dia      | 1 | 12 | 1 | 12  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    | Demanda II                                                 | 4 comprimido ao dia      | 4 | 48 | 1 | 48  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 1 comprimido ao dia      | 1 | 12 | 1 | 12  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 4 comprimido ao dia      | 4 | 48 | 1 | 48  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    |                                                            |                          |   |    |   | 120 |
| 12 | 16760 | Persea americana Mill. + Glycine max (L.) Merr. - Dosagem: 300 mg (100 mg + 200 mg); Apresentação: cápsula; Marca: Piascleidine. | Cx. 30 Cápsulas    | Demanda I                                                  | 1 comprimido ao dia      | 1 | 12 | 2 | 24  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 1 comprimido ao dia      | 1 | 12 | 1 | 12  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    |                                                            |                          |   |    |   | 36  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    | Demanda I                                                  | Aplicar 1 ampola ao mês  | 1 | 12 | 1 | 12  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    | Demanda II                                                 | Aplicar 2 ampolas ao mês | 2 | 24 | 3 | 72  |
|    |       |                                                                                                                                  |                    | Demanda III                                                | Aplicar 4 ampolas ao mês | 4 | 48 | 1 | 48  |
| 13 | 5177  | Omalizumabe - Dosagem: 150 mg; Apresentação: pó liofilizado.                                                                     | 1 - Unidade        | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | Aplicar 1 ampola ao mês  | 1 | 12 | 1 | 12  |

|    |       |                                                                                                                            |                                                            |                             |    |     |   |             |
|----|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|-----|---|-------------|
|    |       |                                                                                                                            | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | Aplicar 2 ampolas ao mês    | 2  | 24  | 1 | 24          |
|    |       |                                                                                                                            | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | Aplicar 4 ampolas ao mês    | 4  | 48  | 1 | 48          |
|    |       |                                                                                                                            |                                                            |                             |    |     |   | <b>216</b>  |
|    |       |                                                                                                                            | Demanda I                                                  | Aplicar 1 ampola ao mês     | 1  | 12  | 2 | 24          |
|    |       |                                                                                                                            | Demanda II                                                 | Aplicar 2 ampolas ao mês    | 2  | 24  | 2 | 48          |
|    |       |                                                                                                                            | Demanda III                                                | Aplicar 3 ampolas ao mês    | 3  | 36  | 1 | 36          |
|    |       |                                                                                                                            | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | Aplicar 1 ampola ao mês     | 1  | 12  | 1 | 12          |
|    |       |                                                                                                                            | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | Aplicar 2 ampolas ao mês    | 2  | 24  | 1 | 24          |
|    |       |                                                                                                                            | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | Aplicar 3 ampolas ao mês    | 3  | 36  | 1 | 36          |
|    |       |                                                                                                                            |                                                            |                             |    |     |   | <b>180</b>  |
|    |       |                                                                                                                            | Demanda I                                                  | Aplicar 1 adesivo ao dia    | 30 | 360 | 2 | 720         |
|    |       |                                                                                                                            | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | Aplicar 1 adesivo ao dia    | 30 | 360 | 1 | 360         |
|    |       |                                                                                                                            |                                                            |                             |    |     |   | <b>1080</b> |
| 15 | 2611  | Rivastigmina - Dosagem: 18 mg; Apresentação: adesivo transdérmico de 10 cm².                                               | 1 - Unidade                                                |                             |    |     |   |             |
|    |       |                                                                                                                            | Demanda I                                                  | 1 ampola a cada 90 dias **  | -  | 4   | 1 | 4           |
|    |       |                                                                                                                            | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 1 ampola a cada 90 dias**   | -  | 4   | 1 | 4           |
|    |       |                                                                                                                            |                                                            |                             |    |     |   | <b>8</b>    |
| 16 | 16939 | Ustequinunabe - Dosagem: 45 mg; Apresentação: solução injetável; Embalagem: seringa preenchida com 0,5 ml; Marca: Stetara. | CX - 1 -<br>SERINGA                                        |                             |    |     |   |             |
|    |       |                                                                                                                            | Demanda I                                                  | 1 ampola a cada 90 dias**   | -  | 4   | 6 | 24          |
|    |       |                                                                                                                            | Demanda II                                                 | 2 ampolas a cada 90 dias ** | -  | 8   | 1 | 8           |
|    |       |                                                                                                                            | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 1 ampola a cada 90 dias **  | -  | 4   | 1 | 4           |
| 17 | 1859  | Ustequinunabe - Dosagem: 45 mg; Apresentação: solução injetável.                                                           | 1 - Unidade                                                |                             |    |     |   |             |
|    |       |                                                                                                                            | Demanda I                                                  | 1 ampola a cada 90 dias**   | -  | 4   | 6 | 24          |
|    |       |                                                                                                                            | Demanda II                                                 | 2 ampolas a cada 90 dias ** | -  | 8   | 1 | 8           |
|    |       |                                                                                                                            | Adicional para novos pacientes e mudança de prescrição (7) | 1 ampola a cada 90 dias **  | -  | 4   | 1 | 4           |



|  |  | Adicional para novos<br>pacientes e mudança de<br>prescrição (7) | 2 ampolas a cada 90 dias ** | - | 8 | 1 | 8  |
|--|--|------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---|---|---|----|
|  |  |                                                                  |                             |   |   |   | 44 |

(1) O "Tipo de demanda" determina as variações da forma de atendimento para cada paciente, sendo a classificação determinada pela prescrição e demanda judicial a ser atendida, uma vez que a posologia e frequência podem variar de acordo com cada paciente e os pacientes estimados que possuem o mesmo tipo de demanda serão agrupados em conjunto;

(2) A "Posologia e Frequência" refere-se à quantidade e periodicidade de uso do medicamento para atendimento da demanda de um paciente, com base nas receitas médicas de cada paciente e conforme a determinação judicial;

(3) A "Quantidade mensal por paciente" é obtida através do produto resultante da relação entre a posologia e frequência de uso durante o período mensal, considerando a média de 30 (trinta) dias no mês, considerando a demanda para atendimento de apenas um paciente neste período de tempo;

(4) A "Quantidade anual por paciente" é obtida através do produto da relação entre a quantidade mensal estimada por paciente durante o período de 12 (doze) meses;

(5) A "Quantidade estimada de pacientes para este tipo de demanda" é realizada através da estimativa de demandas/pacientes a serem atendidas durante o período de 12 (doze) meses, considerando o histórico de atendimentos das demandas judicializadas;

(6) O "Total para 12 meses" é obtido através do produto resultante da relação entre a "Quantidade anual por paciente" e a "Quantidade estimada de pacientes para este tipo de demanda"; (7) O "Adicional" é necessário para atender a probabilidade de inclusão de novos pacientes, atendendo a emergência/emergencialidade de novas ações, bem como alterações posológicas. As quantidades de "Posologia e frequência (2)", "Quantidade mensal por paciente (3)", "Quantidade anual por paciente (4)", e "Quantidade estimada de pacientes para este tipo de demanda (5)" são obtidas através da expectativa para novas ocorrências de cada "Tipo de demanda (1)" anteriormente consideradas; (7) O "Adicional" é necessário para atender a probabilidade de inclusão de novos pacientes, atendendo a emergência/emergencialidade de novas ações, bem como alterações posológicas. As quantidades de "Posologia e frequência (2)", "Quantidade mensal por paciente (3)", "Quantidade anual por paciente (4)", e "Quantidade estimada de pacientes para este tipo de demanda (5)" são obtidas através da expectativa para novas ocorrências de cada "Tipo de demanda (1)" anteriormente consideradas; (\*\*) Aplicação realizada a cada 90 dias, sendo assim não será aplicado mensal, considerando quatro aplicações no ano.

  
Elaine Pereira Alves  
Assistente Social  
nº 1826 - 21ª Região/MS

Chefe da Divisão de Dispensação de Insumos Judiciais – DJI  
Assistente Social / CRESS 1826 Região MS

15/05/2024