





Barra do Garças  
Estado de Mato Grosso

APROVADO  
SESSÃO 13 / 09 / 10  
Decreto

 Ano 2010 Poder Legislativo Municipal <i>Plenário das Deliberações</i>		
<b>Protocolo</b> N.º <u>494</u> , Liv. <u>21</u> , Fls. <u>15</u> Em <u>13/09/10</u> . às <u>18:58</u> hs.   Assinatura do Funcionário	<input type="checkbox"/> Projeto de Lei <input type="checkbox"/> Projeto de Decreto do Legislativo <input type="checkbox"/> Projeto de Resolução <input type="checkbox"/> Requerimento <input checked="" type="checkbox"/> Indicação <input type="checkbox"/> Moção de <input type="checkbox"/> Emenda	N.º <u>352</u> /2010

AUTOR: Vereadora **ANTÔNIA JACOB BARBOSA** – PR (Presidenta)

Senhora Presidente:

Indico à Mesa, após cumprimento das formalidades regimentais e deliberação do Plenário, seja enviado expediente ao SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE, solicitando em caráter de urgência, seja verificada a possibilidade de atender o paciente Sr. HELIANDRO MORAIS DA SILVA (19 anos), portador de Leucemia Aguda, no sentido de autorizar a liberação de medicamentos, conforme receita médica em anexo.

Sala das Sessões da Câmara Municipal de Barra do Garças-MT.,  
em 13 de setembro de 2010.

  
**ANTÔNIA JACOB BARBOSA**  
Vereadora – PR  
Presidenta

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,

Senhores Vereadores:

Estamos formulando esse pedido, esperando contar com a sensibilidade do ilustre Secretário, entendendo que o caso merece especial atenção, até mesmo pela urgência que ele se apresenta, pois trata-se de um jovem que é acometido de leucemia aguda, sendo ele pessoa de baixa renda, e que as condições sócio-econômicas não permitem custear as despesas com os mencionados medicamentos e que por isso, necessita desse apoio.

Assim sendo, esperamos contar com a atenção do ilustre Secretário, no atendimento desse nosso pedido, na expectativa de receber também, o apoio dos demais pares desta Casa, aos quais antecipo meus sinceros agradecimentos.

  
**ANTÔNIA JACOB BARBOSA**

Vereadora - PR  
Presidenta



ESTADO DE MATO GROSSO  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL MUNICIPAL DR. KLEIDE COELHO DE LIMA E P. SOCORRO



Helisandro M. Lopes

M. 7000 9.67.

Direção

Dr. Paulo Rayer  
Médico  
CRM-MT 7151

Avenida Marechal Cândido Rondon, nº 2897 - Jardim das Mangueiras  
Fone: (66) 3401-2363 URGÊNCIA: 192  
CEP 78.600-000  
Barra do Garças - MT



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
 COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
 GERÊNCIA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

SUS Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO COM DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL (PORTARIA MINISTERIAL nº 2577)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ONDE O PACIENTE FOI ATENDIDO: \_\_\_\_\_ 2- CNES: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3- NOME DO PACIENTE  
 H E L I A N D R O M O R A I S D A S I L V A

4- CPF: 0 3 2 5 5 4 2 9 1 0 2 8 9 8 0 5 0 0 8 8 1 7 7 9 5 7  
 5- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_

6- RG: J 9 6 7 8 8 4 - 3 7- UF: M T 8- DATA DE NASCIMENTO: 0 2 0 6 1 9 8 9 9- PAIS DE NASCIMENTO: B R A S I L 11- UF: M T

10- MUNICÍPIO DE NASCIMENTO: B A R R A D O G A R C A S 11- UF: M T

12- PESO (Kg): 5 7 13- ALTURA (Cm): 1 7 0 14- GESTANTE?:  SIM  NÃO 15- TRANSPLANTADO?:  SIM  NÃO 16- SEXO:  MASCULINO  FEMININO

17- DATA DO TRANSPLANTE: 0 4 0 1 2 0 1 0 18- ÓRGÃO TRANSPLANTADO: M E D U L L A O S S E A

19- NOME DO PAI: H E L I O S E V E R I N O D A S I L V A

20- NOME DA MÃE: V I T L M A M O R A I S D A S I L V A

21- ENDEREÇO (RUA, AVENIDA): R U A I S D E S E T E M B R O 22- NÚMERO: 5 7 5

23- BAIRRO: S A N T O A N T O N I O 24- CEP: 7 8 6 0 0 0 0 0

25- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: B A R R A D O G A R C A S 26- COD. IBGE - MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ 27- UF: M T

28- TELEFONE RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_ 29- TELEFONE CELULAR: 6 6 9 6 1 3 1 6 6 0 30- OUTROS: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO SOLICITADO (DADOS PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE)

31- COD. DO MEDICAMENTO: \_\_\_\_\_ 32- NOME PRINCÍPIO ATIVO DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO: *gentuzumab: orogamisa - Mylotarg*  
 33- POSOLOGIA: \_\_\_\_\_  
 1º MÊS: \_\_\_\_\_ 2º MÊS: \_\_\_\_\_ 3º MÊS: \_\_\_\_\_

34- CID-10 PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ 35- NOME DO CID - 10: \_\_\_\_\_

JUSTIFICATIVA DO MEDICAMENTO SOLICITADO (PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE)

36- DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO (QUADRO CLÍNICO DETALHADO):  
*Leucemia Mielóide Aguda*



37-DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS PROVAS DIAGNÓSTICAS (ANEXAR COPIA DOS EXAMES)

Mielograma - T.M.D. - hemograma

38-TRATAMENTOS ANTERIORES (MEDICAMENTOS, DOSAGEM E TEMPO DE USO)

Um mês de uso

39-OUTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE PARA OUTRAS PATOLOGIAS

SOLICITAÇÃO (DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO SOLICITANTE)

40- NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

D. PAULO RAYE

41- CARIMBO E ASSINATURA

Assinatura de Paulo Raye

42- DATA DA SOLICITAÇÃO

09.09.10

43- ( ) CPF OU ( ) CNS DO MÉDICO SOLICITANTE

47566234220

44- ESPECIALIDADE DO MÉDICO SOLICITANTE

CLINICA MEDICA

45- TELEFONE DO MÉDICO PARA CONTATO

92133493

AUTORIZAÇÃO (DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO AUTORIZADOR DA APAC)

46- NOME MÉDICO AUTORIZADOR/ESPECIALIDADE/CPF OU CNS/CARIMBO E ASSINATURA

47- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

48- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE  
GERÊNCIA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS - GEMEX

49- CNES  
4069463

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIO

Para o Médico Solicitante:

- Preenchimento completo e legível de todos os campos.
- O não preenchimento dos campos 1 e 2 implicará no retorno do paciente para completar o preenchimento.
- Para a prescrição de Medicamentos Excepcionais confirmar o CID 10 principal conforme portaria MS 2.577/GM de 27 de Outubro de 2006, (Consulte site Ministério da Saúde: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br))
- Assinar, datar e carimbar a Solicitação (campos 41 e 42)

ATENÇÃO:

- LME e receita devem conter as mesmas prescrições
- As receitas devem ter data atualizada, carimbo do profissional com CRM e CPF, e estarem assinadas
- Receitas têm validade de um mês
- O não cumprimento dessas normas implicará no retorno do paciente para completar o preenchimento, e no atraso da entrega dos medicamentos prescritos
- Código de Ética Médica - Resolução CMF nº 1.246/88 de 08.01.1988 (D.O.U. 26.01.1988) - Capítulo III - Art. 39
- Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos

Para o Usuário:

Documentos Necessários Para Apresentação na 1ª Vez

- Laudo para Solicitação de Medicamento com Dispensação Excepcional - LME
- Receita com posologia
- Relatório Médico (Justificativa)
- Cópias de exames específicos
- Cópia do CPF, RG, Cartão Nacional de Saúde e Comprovante de Residência do paciente.

RENOVAÇÃO: A renovação do processo deverá ser a cada 3 (três) meses

Documentos Necessários Para a Renovação

- Laudo para Solicitação de Medicamento com Dispensação Excepcional - LME
- Receita com posologia
- Exames Específicos

Pessoas Autorizadas a Retirar Medicamentos  
Paciente



CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

Cartão Provisório

**SUS**  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898050088177957

Nome: Helioandro merais da Silva

Data de Nascimento: 02/06/89

Sexo: m. Data de emissão: 22/07/08

Município de residência: Boqueiros UF: MT

BRASIL 2008

HELIANDRO MORAIS DA SILVA  
LILIO SEVERINO DA SILVA  
LIMA MORAIS DA SILVA  
BARRA DO GARCAS-MT  
DATA DE NASCIMENTO  
02/06/1989  
C.NASC. LIV. 58 FLS 211  
ERM 24235 BARRA DO GARCAS-MT  
\* \* \* \* \*  
*Casmoraes*  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83  
SPL / SJSP

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA



Helianebro Moraes da Silva  
ASSINATURA DO TITULAR  
CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal



**CPF**  
Cadastro de Pessoas Físicas  
Número de Inscrição  
032.554.291-02  
Nome  
HELIANDRO MORAIS DA SILVA  
Nascimento  
02/06/1989





Centrais Elétricas Matogrossenses S/A  
Rua Manoel dos Santos Coimbra, 184 - Cuiabá - MT  
CNPJ 03.467.321/0001-99 Insc. Estadual 13.020.425-0

# Conta de Energia Elétrica

Emissão: 14/07/2010

Apresentação: 16/07/2010

Nota Fiscal/Fatura de Energia Elétrica - Série Única - 000.188.989

FAT - 07-2010752555808-28

## WILMA MORAIS DA SILVA

RUA QUINZE DE SETEMBRO,  
Compl.: 1110803327000  
Bairro.: SANTO ANTONIO  
CEP: 78600-000 BARRA DO GARCAS  
CNPJ/CPF:  
INSCRIÇÃO ESTADUAL:  
Classificação: RESIDENCIAL-MONOFASICO  
Tensão Nominal ou Contratada(V): 220  
Limites adequados de tensão(V): 201 a 231  
Grupo de Tensão: B Tipo de Tarifa: CONVENCIONAL

Seu número  
Unidade Consumidora - UC

# 5702631

### Dados da Leitura

Leitura anterior: 11/06/2010  
Leitura atual: 13/07/2010  
Próxima leitura: 12/08/2010

### Dados de Medição

Equipamento: 6910392  
Unidade de medida: kWh  
Origem da Leitura atual: Lida  
Leitura atual (em 13/07/2010): 8235  
Leitura anterior (em 11/06/2010): 8128  
Consumo medido no mês: 107  
Consumo faturado no mês: 107  
Número de dias faturados: 32  
Consumo médio diário: 3,34  
Constante de Faturamento: 1  
Fator de potência:

### Histórico de Consumo de Energia Elétrica - kWh



MÉDIA DOS 3 ÚLTIMOS CONSUMOS DE ENERGIA 121,67 kWh

### Mensagens:

A PARTIR 01/07/10, A CONTA DE LUZ NÃO PODERÁ SER PAGA POR MEIO DE CHEQUE.

Consumo	Valor até o vencimento
107 kWh	R\$ 56,85
Fatura do mês	Vencimento
07/2010	23/07/2010

### Valores Faturados

Descrição	Qtd-Faturada	Tarifa s/ICMS	Valor(R\$)
Consumo	107	0,355160	38,00
Valor do Pis			0,57
Valor do Cofins			2,61
Valor do Icms			4,57
Total - Preço (1)			45,75

### Outros Lançamentos, Cobranças e Serviços Autorizados em

	Valor(R\$)
Correção Monetária por Atraso 05/2010	0,65
Juros Conta Anterior 06/2010	0,12
Juros Conta Anterior 05/2010	0,79
Multa Conta Anterior 05/2010	1,13
Multa Conta Anterior 06/2010	1,05
Cip-Contrib de Ilum Pub	7,36
Total - Outros (2)	11,10

Total (1) + (2) R\$ 56,85

### Composição do Preço (Art. 31, Resolução 166/2005)

Item	Valor (R\$)
Distribuição	14,67
Enc. Setoriais	4,88
Energia	18,20
Transmissão	0,25
Tributos	7,75
Soma Demonstrativo	45,75



LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

31/08/2010

CGC: 01.619.719/0001-50 - Goiânia - GO

Fone: (62) 3254-4268 - (62) 3254-4235

EXAME DO N.: 1594850

Atendimento: 2403468 Registro :713916

Senhor(a) : HELIANDRO MORAIS DA SILVA Idade : 21a 2m 29d

Medico : RENATA ZANZONI RODRIGUES 30/08/2010

**HEMOGRAMA**

ESPECIME: Sangue Total

ERITROGRAMA	Valores Encontrados	Valores Referenciais
Hemacias	3,01 tera/mm <sup>3</sup>	4,00 a 6,00
Hematocrito	25,1 %	38,0 a 51,0
Hemoglobina	8,8 g/dL	14,0 a 18,0
VCM	83,39 ft	82,00 a 96,00
HCM	29,24 pg	27,00 a 34,00
CHCM	35,06 g/dL	32,00 a 36,00
RDW	15,5 %	12,0 a 15,0
Eritroblastos	0/100 leuco	0
Plaquetograma	03 x 10 <sup>3</sup> /ml	130 a 400 x 10 <sup>3</sup> /ml


**OBS:**Hipocromia moderado

LEUCOGRAMA	Valores Encontrados		Valores Referenciais	
	Relativos %	Absolutos	Relativos %	Absolutos
LEUCOCITOS	100	66300	100	4500 a 10000
Mielocitos	1	663	0	0
Metamielocitos	6	3978	0	0
Blastos	57	--	0	0
Promielocitos	6	--	0	0
Bastonetes	6	3978	1 a 5	45 a 500
Segmentados	11	7293	50 a 60	2250 a 6000
Neut. Totais	24	15912	51 a 65	2295 a 6500
Eosinofilos	8	5304	1 a 4	45 a 400
Basofilos	0	0	0 a 1	0 a 100
Linfocitos	4	2652	20 a 33	900 a 3300
Linf.Atipicos	0	0	0	0
Monocitos	1	663	2 a 8	90 a 800

**OBS:**Vizualizamos Bastões de Auer em alguns blastos.

**MÉTODO:**Contagem microscópica e automatizada Cell-Dyn 3500

Assinado e Revisado por

  
 Kenia B. Almeida  
 CRBM - 0317



**LABORATÓRIO de IMUNOFENOTIPAGEM**  
**Associação de Combate ao Câncer**  
**em Goiás**



Nome: Heliandro Moraes da Silva Idade: 19 anos DN: 02/06/1989 CNS: 898.050.088.177.957  
HD: LMA Médico Solicitante: Dra. Luciana Cardoso Marinho (Sta Casa)  
Data Entrada: 25/07/2008 Raça: Parda Amostra: Medula óssea  
Hemograma: Leuco: 180.000 Hb: 6,0 Ht: 20% Pl: 20,0 Blastos: 25%

**Resultado Imunofenotípico**

- Paciente com diagnóstico de leucose aguda a esclarecer. Emagrecimento e hepatoesplenomegalia.  
Número de marcadores com repetição: 43

**População Blástica:** 24,45% da celularidade total. CD45+, CD34++++, MPO+, CD117++, HLADR+, CD38+/-, CD13+, CD33++. Marcadores linfóide T (CD2, CD3, CD7), B (CD19, CD79a), plaquetário (CD41, CD61), monocítico (CD14), eritróide (GlyA), mielóide (CD15), CD64, CD11b, CD56 e CD71 foram negativos.

**População Granulocítica:** 63,77% da celularidade total (CD45+, CD34-, CD117-, HLADR-, CD13++++, CD33++, CD64++, CD15+, CD11b++++, CD16+).  
- células difeenciadas: 26,66% (CD11b++, CD16++++)

**População Linfóide:** 3,57% da celularidade total  
- B: 0,23% (cCD79a+, CD19+, HLA-DR+)  
- T: 1,63% (CD2+, cCD3+, mCD3+, CD7+)  
- NK: 1,71% (CD2+, CD7+, CD16+, CD56+)

**População Monocítica:** 7,35% da celularidade total (CD45+++, MPO+/-, HLA-DR++, CD11b++++, CD13++, CD14+, CD33++, CD64++++)

**População Eritroblástica:** 4,68% (CD71++++, GlyA+)

Obs<sub>1</sub>: Presença de células precursoras de linhagem mielóide, com CD64 negativo.

FAB: LMA-M2  
EGIL: LMA

**CONCLUSÃO:** Leucemia Mielóide Aguda com maturação

Associação de Combate ao Câncer em Goiás  
Laboratório de Imunofenotipagem  
Rua 239, 181 Setor Universitário Goiânia-Goiás CEP: 74605-070  
Fone: 62 3243 72 59 Fax: 62 3243 72 31  
accg.imunofenotipagem@accg.org.br

*Olé*  
Dr. Edingio Ribeiro  
Méd. em Pat. Clínic  
Laboratório de Imunofenotipagem

36422308



**Associação Portuguesa de Beneficência de São José do Rio Preto, SP.**  
**Hospital Infante D. Henrique**  
**Transplante de Células tronco Hematopoéticas**

---

São José do Rio Preto, 12 de fevereiro de 2010.

Prezada Dra. Renata Zanzoni

Informo que o paciente **Heliandro Morais da Silva**, portador de Leucemia Mielóide Aguda (Cid C92. 0), encaminhado a este serviço para realizar de Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) da modalidade autóloga, foi mobilizado com ciclofosfamida 5500 mg e GCSF 4800 mcg coletando um total de **60,99 x 10<sup>6</sup>/Kg CELULAS CD 34+** foi condicionado com bussulfano 740 mg + Melfalano 240 mg e realizou a infusão no dia 04/01/2010, apresentou toxicidade hematológica grau IV e mucosite grau III, encontrando-se atualmente no D+ 39 pós TCTH.

Foi transfundido com 40 unidades de plaquetas de aférese irradiadas e deleucocitadas e 06 unidades de hemácias irradiadas e deleucocitadas durante os períodos de internação e acompanhamento. Houve enxertia no D + 13 pós TCTH.

Sem necessidades transfusionais no momento.

Medicações em uso:


Aciclovir 200 mg vo 8/8 horas

Bactrim 400 mg vo 12/12 horas (2 x por semana)

Voriconazol 200 mg vo 12/12 horas

Solicitamos o uso das profilaxias com aciclovir e bactrim até D + 90 pós TCTH, a manutenção do voriconazol fica a critério do acompanhamento tomográfico.

Estamos à disposição para discussão e orientações para o seguimento e acompanhamento conjunto do paciente.

  
\_\_\_\_\_  
**Profº Dr. Milton Artur Ruiz**

Coordenador do Programa de Transplante de Células Tronco Hematopoéticas  
Do Hospital Infante D. Henrique, APB. SJ Rio Preto, SP





## MIELOGRAMA

**Paciente:** Heliandro Morais da Silva  
**Registro:** 713616

**Data da coleta:** 22/04/2010  
**Data de Nascimento:** 02/06/1989

PME Resistência óssea normal  
Presença de 78% de mieloblástos

**Conclusão:** Leucemia Mielóide Aguda (LMA).  
Recaída após TMO autólogo.

Kenata Zanzoni Rodrigues  
CRM: 9090

Dra. Kenata Zanzoni Rodrigues  
Hematologia-Hemoterapia  
CRM:9090



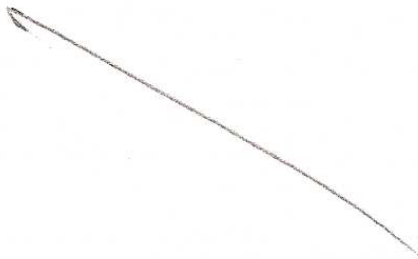


Estado de Mato Grosso  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DO GARÇAS  
Secretaria Municipal de Saúde  
Programa Saúde da Família



Helvair Moura  
da SF9

Decitazina 30mg — 5 dias.  
1 por dia



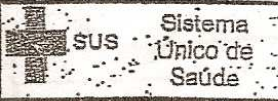
Dr. Paulo Ray  
Médico  
CRM-MT 7151



Sistema  
Único  
de Saúde



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
 COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
 GERÊNCIA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO COM  
 DISPENSAÇÃO EXCEPCIONAL (PORTARIA MINISTERIAL nº 2577)**

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE ONDE O PACIENTE FOI ATENDIDO: \_\_\_\_\_ 2- CNES: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**3- NOME DO PACIENTE**

HELIANDRO MORAIS DA SILVA

**4- CPF** \_\_\_\_\_ **5- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** \_\_\_\_\_

03255429102898050088177957

**6- RG** \_\_\_\_\_ **7- UF** \_\_\_\_\_ **8- DATA DE NASCIMENTO** \_\_\_\_\_ **9- PAIS DE NASCIMENTO** \_\_\_\_\_

1967884-3 MT 02.06.1989 BRASIL

**10- MUNICÍPIO DE NASCIMENTO** \_\_\_\_\_ **11- UF** \_\_\_\_\_

BARRA DO GARÇAS MT

**12- PESO (Kg)** \_\_\_\_\_ **13- ALTURA (Cm)** \_\_\_\_\_ **14- GESTANTE ?** \_\_\_\_\_ **15- TRANSPLANTADO ?** \_\_\_\_\_ **16- SEXO** \_\_\_\_\_

1170  SIM  NÃO  SIM  NÃO  MASCULINO  FEMININO

**17- DATA DO TRANSPLANTE** \_\_\_\_\_ **18- ÓRGÃO TRANSPLANTADO** \_\_\_\_\_

04.01.2010 MEDULA ÓSSEA

**19- NOME DO PAI** \_\_\_\_\_

HELIO SEVERINO DA SILVA

**20- NOME DA MÃE** \_\_\_\_\_

WELMA MORAIS DA SILVA

**21- ENDEREÇO (RUA, AVENIDA)** \_\_\_\_\_ **22- NÚMERO** \_\_\_\_\_

RUA IS DE SETEMBRO 575

**23- BAIRRO** \_\_\_\_\_ **24- CEP** \_\_\_\_\_

SANTO ANTONIO 78600000

**25- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA** \_\_\_\_\_ **26- COD. IBGE - MUNICÍPIO** \_\_\_\_\_ **27- UF** \_\_\_\_\_

BARRA DO GARÇAS MT

**28- TELEFONE RESIDENCIAL** \_\_\_\_\_ **29- TELEFONE CELULAR** \_\_\_\_\_ **30- OUTROS** \_\_\_\_\_

96131660

**MEDICAMENTO SOLICITADO (DADOS PREENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE)**

**31- COD. DO MEDICAMENTO** \_\_\_\_\_ **32- NOME PRINCÍPIO ATIVO DO MEDICAMENTO E APRESENTAÇÃO** \_\_\_\_\_

Decitabina

**33- POSOLOGIA**

1º MÊS \_\_\_\_\_ 2º MÊS \_\_\_\_\_ 3º MÊS \_\_\_\_\_

**34- CID-10 PRINCIPAL** \_\_\_\_\_ **35- NOME DO CID - 10** \_\_\_\_\_

**JUSTIFICATIVA DO MEDICAMENTO SOLICITADO (PRENCHIDO PELO MÉDICO SOLICITANTE)**

**36- DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO (QUADRO CLÍNICO DETALHADO)**

Leucemia Mielóide Aguda



37- DESCRIÇÃO DAS PRINCIPAIS PROVAS DIAGNOSTICAS (ANEXAR COPIA DOS EXAMES)

Mielograma - TAC - Histeriografia

38- TRATAMENTOS ANTERIORES (MEDICAMENTOS, DOSAGEM E TEMPO DE USO)

Quimioterapia

39- OUTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS PELO PACIENTE PARA OUTRAS PATOLOGIAS

SOLICITAÇÃO (DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO SOLICITANTE)

40- NOME DO MÉDICO SOLICITANTE

D. PAULO RAYE

41- CARIMBO E ASSINATURA

42- DATA DA SOLICITAÇÃO

09/09/10

43- ( ) CPF OU ( ) CNS DO MÉDICO SOLICITANTE

41566734200

44- ESPECIALIDADE DO MÉDICO SOLICITANTE

CLINICA MÉDICA

45- TELEFONE DO MÉDICO PARA CONTATO

92733493

AUTORIZAÇÃO (DADOS PREENCHIDOS PELO MÉDICO AUTORIZADOR DA APAC)

46- NOME MÉDICO AUTORIZADOR/ESPECIALIDADE/CPF OU CNS/CARIMBO E ASSINATURA

47- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

48- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE  
GERÊNCIA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS - GEMEX

49- CNES  
4069463

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIO

Para o Médico Solicitante:

- Preenchimento completo e legível de todos os campos.
- O não preenchimento dos campos 1 e 2 implicará no retorno do paciente para completar o preenchimento.
- Para a prescrição de Medicamentos Excepcionais confirmar o CID 10 principal conforme portaria MS 2.577/GM de 27 de Outubro de 2006, (Consulte site Ministério da Saúde: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br))
- Assinar, datar e carimbar a Solicitação (campos 41 e 42)

ATENÇÃO:

- LME e receita devem conter as mesmas prescrições
- As receitas devem ter data atualizada, carimbo do profissional com CRM e CPF, e estarem assinadas
- Receitas têm validade de um mês
- O não cumprimento dessas normas implicará no retorno do paciente para completar o preenchimento, e no atraso da entrega dos medicamentos prescritos
- Código de Ética Médica - Resolução CMF nº 1.246/88 de 08.01.1988 (D.O.U. 26.01.1988) - Capítulo III - Art. 39
- Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos

Para o Usuário:

Documentos Necessários Para Apresentação na 1ª Vez

- Laudo para Solicitação de Medicamento com Dispensação Excepcional - LME
- Receita com posologia
- Relatório Médico (Justificativa)
- Cópias de exames específicos
- Cópia do CPF, RG, Cartão Nacional de Saúde e Comprovante de Residência do paciente.

RENOVAÇÃO: A renovação do processo deverá ser a cada 3 (três) meses

Documentos Necessários Para a Renovação

- Laudo para Solicitação de Medicamento com Dispensação Excepcional - LME
- Receita com posologia
- Exames Específicos

Pessoas Autorizadas a Retirar Medicamentos

- Paciente
- Famíliares de 1º Grau (Pais, Filhas, Irmãos, Cônjuge)
- Pessoas Autorizadas (Modelo próprio fornecido por este estabelecimento)

Obs: As pessoas autorizadas a retirar o medicamento devem munidos de próprios documentos e documentos do paciente: CPF e Comprovante de Protocolo.



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Sobretaxas de Medicamento  
com urgência (concedido pelo  
de ordens.)

P/ Helder Morais da Silveira

Paciente com LMA repetidas e/

desde HA compatível com  
recidiva após TMO abençoado. Sebeis

depois 4º mês (2 opções terapêuticas:

1) gentergemab Opromin (MXLOTARG) 9,6g  
1 SF 2,4 500 ml (E) de (dose única)

2) <sup>→ decitabina</sup> Deutobina 30 mg (E) 1 SF 2,5 500 ml c/ 10%  
1 de 15 dias (Dose total 150 mg)

Dr. [Signature]  
Helder Morais da Silveira  
2/5/10