




**TRIBUNAL DE CONTAS
DO
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Processo: **0932626** Ano Ref.: **2014** 

Natureza: TOMADA DE CONTAS ESPECIAL Adm.: Volume DE **021**

Orgao/Entidade: HOSPFAR IND E COM DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

Município: BELO HORIZONTE Redistribuição: 01/08/2018

Relator Atual: CONS. DURVAL ANGELO



TRIBUNAL DE CONTAS DO
ESTADO DE MINAS GERAIS



TERMO DE ABERTURA DE VOLUME

Em 19/09/2014 faço a abertura do volume nº 21 referente ao processo nº 932626 sendo que o volume nº 20, encerrou-se com o Termo de fl. 4174.

Certifico que o primeiro documento deste volume, à fl. 4176 é:

TERMO DE ABERTURA

PROCOLO

JOÃO VITORINO SACRAMENTO



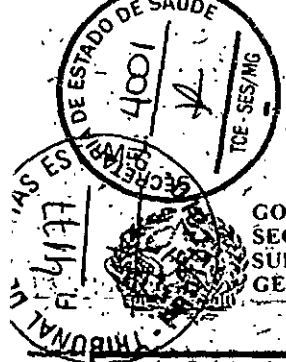
TERMO DE ABERTURA

Aos 09 dias do mês de Julho de 2014, procedemos à abertura deste volume nº 21, do processo/convênio nº 867.742, que se inicia com a folha nº 4001.

Para constar, eu, Mariley Simone Celestino Marques Azevedo, servidor (a) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, lavrei o presente termo, que vai por mim assinado.

Belo Horizonte, 09 / 07 / 2014.

Masp 1.334.830-5



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
GERÊNCIA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Monitoramento de Operacionalização do Sistema - 2010

GRS	Inconsistências de dados - Total	Inconsistências de dados - Média Anual	CID Incompatível autorizado - Total	CID Incompatível autorizado - Média Anual	Apac's Impressas								Itens Dispensados - Excesso Analítico - Total	Itens Dispensados - Excesso Anual - Média Anual
					Apac's impressas - Total	Apac's impressas - Média Anual	Média Diária - Total	Média Diária - Média Anual	Atendimentos - Total	Atendimentos - Média Anual	Porcentagem - Total	Porcentagem - Média Anual		
Belo Horizonte	4	0	3294	299	267.854	24.350	13.001	1.182	265.590	24.145	1052%	95,6%	223	
Uberlândia	1	0	959	87	58.217	5.292	2.842	258	58.142	5.286	1042%	-94,7%	6	
Ituiutaba	0	0	897	82	14.568	1.324	713	65	14.376	1.307	926%	84,2%	19	
Uberaba	0	0	2652	241	35.468	3.224	1.730	157	36.666	3.333	974%	88,6%	15	
Divinópolis	0	0	1459	133	55.224	5.020	2.695	245	54.493	4.954	972%	88,4%	30	
Itabira	0	0	70	6	23.364	2.124	1.141	104	23.555	2.141	993%	90,3%	41	
Diamantina	0	0	68	6	7307	664	357	32	7225	657	1016%	92,4%	5	
Coronel Fabriciano	0	0	309	28	27.766	2.524	1.355	123	27.076	2.461	1051%	95,5%	33	
Governador Valadares	0	0	165	15	28.480	2.589	1.392	127	27.605	2.510	990%	90,0%	0	
Teófilo Otoni	0	0	424	39	10673	970	521	47	10757	978	1009%	91,7%	35	
Patos de Minas	0	0	11	1	22.493	2.045	1.098	100	21.916	1.992	952%	86,6%	4	
Unaí	0	0	2	0	4698	427	230	21	4628	421	1035%	94,1%	13	
Pedra Azul	0	0	3	0	1836	149	80	7	1527	139	967%	87,9%	8	
Montes Claros	2	0	43	4	29.007	2.637	1.415	129	27.638	2.513	1077%	97,9%	30	
São João Del Rei	0	0	164	15	11121	1.011	543	49	10816	983	1014%	92,2%	13	
Passos	1	0	379	34	24.780	2.253	1.209	110	23.930	2.175	1067%	97,0%	1	
Ponte Nova	0	0	13	1	14.495	1.318	708	64	13.877	1.262	1014%	92,2%	2	
Juiz de Fora	0	0	196	18	44.094	4.009	2.150	195	42.345	3.850	1065%	96,8%	27	
Ubá	0	0	0	0	24.861	2.260	1.216	111	23.295	2.118	1016%	92,4%	1	
Alfenas	0	0	944	86	18624	1.693	910	83	18.791	1.708	1005%	91,3%	37	
Januária	1	0	1	0	3451	314	168	15	3639	331	948%	86,2%	13	
Pirapora	1	0	12	1	2425	220	119	11	2353	214	1052%	95,6%	3	
Pouso Alegre	0	0	1	0	36.033	3.276	1.759	160	34.643	3.149	1066%	96,9%	19	
Leopoldina	0	0	48	4	12382	1.126	605	55	11371	1.034	1110%	100,9%	0	
Varginha	0	0	865	79	51.544	4.686	2.510	228	51.519	4.684	1009%	91,7%	8	
Sete Lagoas	0	0	444	40	23.715	2.156	1.157	105	23.304	2.119	1048%	95,2%	14	

Elaborado por: Juliana Cristina Oliveira e Leandro Martins da Silva

Marty Jerônimo de Paulo
Coordenadora de Informações

Renata Cristina Resende Macedo
Gerente de Medicamentos de Alto Custo

OBS: Os dados são referentes aos meses de janeiro à novembro de 2010.



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Monitoramento Comparativo do Faturamento no SIGS - Dezembro/2011

GRS	APACs Faturadas Outubro/2011	APACs Faturadas Novembro/2011	APACs Faturadas Dezembro/2011	Soma Apac's Faturadas a Dez./2011	Out	Atendimentos Outubro/2011	Atendimentos Novembro/2011	Atendimentos Dezembro/2011	Soma Atendimentos Out a Dez./2011	APAC / Atendimento outubro/2011	APAC / Atendimento Novembro/2011	APAC / Atendimento Dezembro/2011	Soma APA Soma Atendi Out a Dez./
Belo Horizonte	28.241	30.314	31.201	89.756		26.781	26.985	28.704	82.461	109,27%	112,33%	108,70%	110,07%
Uberlândia	6.210	6.457	6.188	18.855		6.028	6.344	6.034	18.406	103,02%	101,78%	102,55%	102,44%
Itumbiara	1.581	1.619	1.600	4.810		1.534	1.545	1.531	4.610	103,72%	104,79%	104,51%	104,34%
Uberaba	3.848	3.881	3.660	11.387		4.067	4.076	3.796	11.941	94,57%	95,17%	98,42%	95,36%
Divinópolis	6.074	6.185	5.847	18.106		5.909	6.025	5.717	17.651	102,79%	102,66%	102,27%	102,68%
Itabira	2.355	2.412	2.416	7.183		2.289	2.357	2.372	7.028	102,44%	102,33%	101,85%	102,21%
Diamantina	861	907	890	2.648		658	906	889	2.663	100,35%	100,11%	98,99%	99,81%
Coronel Fabriciano	3.009	3.003	3.058	9.080		2.869	2.871	2.952	8.692	104,88%	104,60%	103,93%	104,46%
Governador Valadares	2.774	2.852	2.837	8.463		2.657	2.743	2.720	8.120	104,40%	103,97%	104,30%	104,22%
Teófilo Otoni	1.181	1.158	1.177	3.498		1.201	1.234	1.213	3.648	98,67%	93,84%	97,03%	95,83%
Patos de Minas	2.260	2.314	2.285	6.859		2.155	2.213	2.193	6.561	104,87%	104,58%	104,20%	104,64%
Unaí	503	526	483	1.492		485	518	458	1.461	101,62%	101,54%	101,64%	101,67%
Pedra Azul	178	170	151	497		174	165	148	488	101,15%	102,41%	102,03%	101,64%
Montes Claros	3.305	3.481	3.413	10.209		3.257	3.447	3.330	10.034	101,47%	101,28%	102,49%	101,74%
São João Del-Rei	1.236	1.222	1.238	3.698		1.188	1.177	1.185	3.548	104,22%	103,82%	104,47%	104,17%
Passoa	2.510	2.841	2.796	8.247		2.333	2.789	2.640	7.762	107,59%	105,45%	105,91%	106,25%
Ponte Nova	1.511	1.555	1.514	4.580		1.474	1.521	1.477	4.472	102,51%	102,24%	102,51%	102,42%
Juiz de Fora	4.538	4.847	4.593	13.776		4.681	4.740	4.754	14.175	96,95%	98,04%	98,61%	97,20%
Uberlândia	2.651	2.711	2.702	8.064		2.587	2.638	2.652	7.887	102,08%	102,77%	101,89%	102,24%
Alfenas	2.228	2.157	2.213	6.598		2.400	2.338	2.411	7.147	92,83%	92,34%	91,78%	92,32%
Januária	332	464	506	1.322		465	485	501	1.461	71,40%	99,78%	101,00%	91,11%
Pirapora	351	384	363	1.108		360	387	389	1.126	97,50%	99,24%	98,37%	98,40%
Pouso Alegre	4.034	4.134	4.027	12.195		3.892	3.982	3.770	11.644	103,65%	103,82%	106,82%	104,73%
Leopoldina	1.469	1.487	1.489	4.445		1.331	1.338	1.362	4.031	110,37%	111,14%	109,32%	110,27%
Varginha	5.473	5.214	4.681	15.368		5.229	4.938	3.659	13.826	104,67%	105,59%	127,83%	111,11%
Sete Lagoas	2.729	2.697	2.507	7.933		2.800	2.781	2.346	7.897	97,46%	97,68%	106,86%	100,31%



Monitoramento Consolidado do Faturamento no SIGS - Dezembro de 2011

GRS	Quantidade de Inconsistências de Dados (Erros no cadastro)	Quantidade de CID Incompatível Autorizado (Judicialização Fora do Protocolo)	Apac's				Itens Dispensados Excesso Analítico (Acima do protocolo)
			Apac's faturadas (Competência Atual)	Média Diária de APAC'S (Faturadas)	Atendimentos (Realizados)	Porcentagem (APAC/ Atendimento)	
Belo Horizonte	0	316	31201	1.418	28704	109%	19
Uberlândia	0	25	6188	281	6034	103%	1
Ituiutaba	0	0	1600	73	1531	105%	0
Uberaba	0	352	3660	166	3796	96%	0
Divinópolis	0	1	5847	266	5717	102%	2
Itabira	0	2	2416	110	2372	102%	0
Diamantina	0	11	880	40	889	99%	0
Coronel Fabriciano	0	1	3068	139	2952	104%	0
Governador Valadares	0	2	2837	129	2720	104%	0
Teófilo Otoni	0	73	1177	54	1213	97%	0
Patos de Minas	0	0	2285	104	2193	104%	0
Unai	0	0	463	21	456	102%	3
Pedra Azul	0	0	151	7	148	102%	0
Montes Claros	0	2	3413	155	3330	102%	0
São João Del Rei	0	0	1238	56	1185	104%	0
Passos	0	0	2796	127	2640	106%	0
Ponte Nova	0	0	1514	69	1477	103%	3
Juiz de Fora	0	42	4593	209	4754	97%	0
Ubá	0	0	2702	123	2652	102%	0
Alfenas	0	168	2213	101	2411	92%	0
Januária	0	0	506	23	501	101%	0
Pirapora	0	5	363	17	369	98%	2
Pouso Alegre	0	0	4027	183	3770	107%	2
Leopoldina	0	3	1489	68	1362	109%	0
Varginha	0	0	4681	213	3659	128%	0
Sete Lagoas	0	49	2507	114	2346	107%	6
Total	0	1.052	93.815	4.264	89.181	105%	38

Marily Jerônimo de Paulo
Coordenadora de Informações

Daniel Rêzende Faleiros
Diretor de Medicamentos de Alto Custo



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
DIRETORIA DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO



MEMO SAF/DMAC nº183/2012

Belo Horizonte, 18 de abril de 2012

Exmo. Senhor
Gilberto José Rezende dos Santos
Subsecretaria de Gestão Regional

Assunto

Monitoramento de dispensação de
Medicamentos de Alto Custo no SIGS

Referência

Mês de março de 2012


Senhor Subsecretário:

Encaminhamos, anexo, o relatório de Monitoramento da Operacionalização da Dispensação dos Medicamentos de Alto Custo, junto às Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (SRS/GRS). Os dados do relatório são retirados mensalmente do Sistema de Informação de Gestão em Saúde.

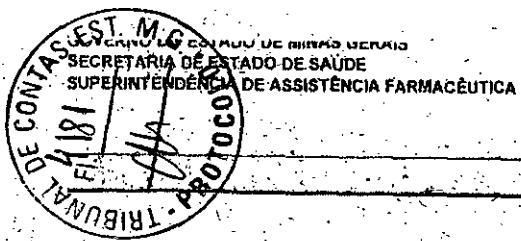
Informamos que a Diretoria de Medicamentos de Alto Custo (DMAC) tem tomado as devidas providências para melhorar a dispensação e o processamento de APAC dos medicamentos de Alto Custo.

Sendo o que tínhamos a informar, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Atenciosamente,


Daniel Faleiros
Diretor de Medicamentos de Alto Custo
Superintendência de Assistência Farmacêutica
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG

15564.1321.2012
62345.1320.2012.0

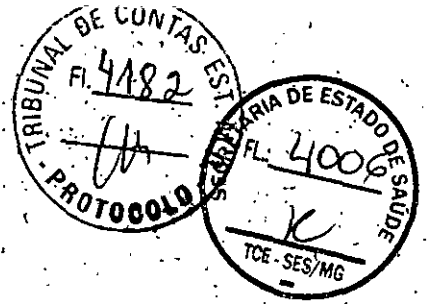


Monitoramento consolidado do faturamento no SIGS - Março de 2012

GRS	Quantidade de Inconsistências de Dados (Erros no cadastro)	Quantidade de CID Incompatível Autorizado (Judicialização Fora do Protocolo)	Apac's				Itens Dispensados Excesso Analítico (Acima do protocolo)
			Apac's faturadas (Competência Atual)	Média Diária de APAC'S (Faturadas)	Atendimentos (Realizados)	Porcentagem (APAC/ Atendimento)	
Belo Horizonte	0	388	32.456	1.475	34.575	94%	71
Uberlândia	0	22	6.085	277	6.120	99%	0
Riubataba	0	0	1.653	75	1.573	105%	1
Uberaba	0	425	3.926	178	4.363	90%	0
Diamantina	0	0	0	0	0	0%	0
Itabira	0	0	2.543	116	2.463	103%	0
Diamantina	0	11	981	45	996	98%	0
Coronel Fabriciano	0	0	3.170	144	3.065	103%	0
Governador Valadares	0	1	2.913	132	2.821	103%	0
Teófilo Ottoni	0	109	1.183	54	1.288	92%	1
Patos de Minas	0	0	2.086	95	2.273	92%	0
Unai	0	0	533	24	537	99%	2
Pedra Azul	0	0	195	9	188	104%	0
Montes Claros	0	0	0	0	0	0%	0
São João Del Rei	0	0	1.273	58	1.222	104%	0
Passos	0	0	3.089	140	2.938	105%	0
Ponte Nova	0	0	1.587	72	1.546	103%	0
Luiz de Fora	0	45	4.749	216	5.033	94%	1
Ubá	0	0	2.708	123	2.722	99%	0
Altenas	0	164	2.203	100	2.464	89%	6
Januária	0	0	545	25	550	99%	0
Pirapora	0	9	409	19	416	98%	0
Pouso Alegre	0	0	0	0	0	0%	0
Leopoldina	0	1	1.488	68	1.409	106%	0
Varginha	0	0	5.726	260	5.546	103%	0
Sete Lagoas	0	36	1.956	89	1.695	115%	0
Total		1.213	83.457	89	100.040		86

Marcete Furtado de Paula
Coordenadora de Informações

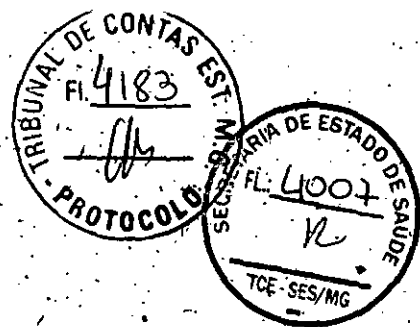
Daniel Resende Louiros
Diretor de Medicamentos de Alto Custo



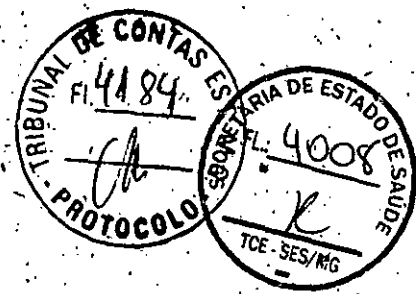
DOC. 10 – ANEXO VI



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Memo SAF/SES/MG nº149/2013



ANEXO VI – Acordo de Resultados 2013 para as Unidades Regionais de Saúde



PROPOSTA DE INDICADORES

ACORDO DE RESULTADOS 2013

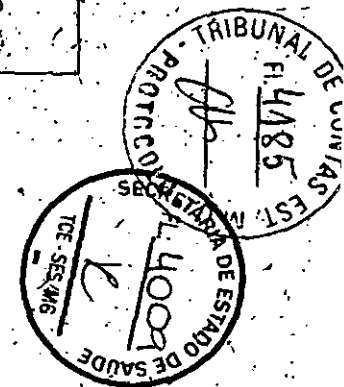
UNIDADES REGIONAIS DE SAÚDE

AREA TEMÁTICA

POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE

ANEXO III – 1.9 – SUPERINTENDÊNCIAS e GERÊNCIAS REGIONAIS DE SAÚDE

QUADRO DE INDICADORES							
OBJETIVO ESTRATÉGICO	Item	NOME DO INDICADOR	Valores de Referência (VR)			PESO (%)	METAS
			2010	2011	2012		2013
	1	Percentual de Visitas Técnicas com foco na Atenção Primária à Saúde			Específico por URS		Específico por URS
	2	Percentual de obras de construção reforma e/ou ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas Rurais (UBS-R) supervisionadas	Específico por URS	Específico por URS	Específico por URS		90%
	3	Percentual de pedidos municipais de medicamentos estratégicos validados pelo Núcleo de AF no SIGAF, dentro do prazo estipulado pela SES-MG.	Não se aplica	Não se aplica	Específico por URS		100%
	4	Percentual de faturamento dos medicamentos dispensados pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Específico por URS	Específico por URS	Específico por URS		100%





INDICADORES:

1) Percentual de Visitas Técnicas com foco na Atenção Primária à Saúde

Descrição: As ações e serviços de atenção primária são executadas pelos municípios, tendo o Estado o papel de co-gestor, a partir da orientação sobre as políticas e apoio técnico aos municípios. Esse papel é desempenhado pelas equipes dos Núcleos de Atenção Primária à Saúde das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (SRS/GRS) a partir do acompanhamento das ações de atenção primária municipais, contribuindo para a ampliação da qualidade das ações e serviços em Minas Gerais. Este indicador pretende acompanhar a atuação das regionais no apoio às gestões municipais à medida que informa o percentual de municípios visitados por cada SRS/GRS sendo que estas visitas têm como foco a tratativa das ações de atenção primária à saúde.

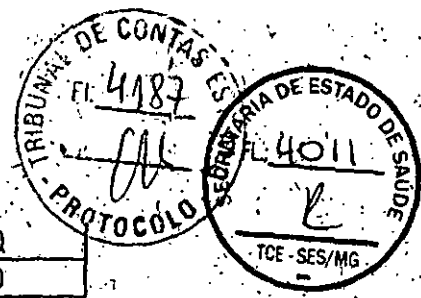
Fonte de Comprovação: Planilha de Dados

Fórmula de Cálculo: (Número de municípios visitados/ Total de municípios na área de abrangência da Unidade Regional) x 100

É importante ressaltar que será contabilizada apenas uma visita por município, na tentativa de ampliar os entes visitados pelas referências técnicas da unidade regional.

Fonte: Superintendência de Atenção Primária à Saúde (SAPS) / Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde (DPAPS)

SRS/GRS	Valor de Referência			Meta Prevista
	2010	2011	2012	2013
Alfenas	-	-	100	70
Barbacena			58	50
Belo Horizonte			53	35
Coronel Fabriciano			60	50
Diamantina			36	50
Divinópolis			35	35
Governador Valadares			35	35
Itabira			96	70
Ituiutaba			44	90
Januária			62	70
Juiz de Fora			38	50
Leopoldina			73	90
Manhumirim			71	50
Montes Claros			49	35
Passos			58	70
Patos de Minas			86	70
Pedra Azul			96	70



Pirapora			100	90
Ponte Nova			87	50
Pouso Alegre			38	35
São João Del Rei			100	90
Sete Lagoas			100	50
Teófilo Otoni			38	50
Ubá			35	50
Uberaba			59	70
Uberlândia			100	90
Unai			83	90
Varginha			36	35



2) Percentual de obras de construção, reforma e/ou ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades Básicas Rurais (UBS-R) supervisionadas

Descrição: Com o intuito de ampliar e qualificar a infraestrutura de unidades básicas de saúde (UBS) no Estado de Minas Gerais e contribuir para a melhoria do acesso e prestação de serviços, o Programa Saúde em Casa investe recursos na construção, reforma e/ou ampliação de UBS.

Trata-se da maior intervenção governamental na estruturação da Atenção Primária à Saúde tanto em termos físicos quanto em volume financeiro, e, por esta razão, torna-se fundamental a intensificação do monitoramento da aplicação destes recursos, proporcionando maior segurança e transparência em relação aos recursos transferidos pela SES/MG.

Desta forma, os técnicos em edificação ou outros profissionais habilitados das Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (SRS/GRS) devem visitar todas as obras em curso nos municípios sob sua circunscrição com o objetivo de visualizar o andamento e informá-lo ao nível central. Para tanto, os técnicos produzem um relatório de visita cujo consolidado é encaminhado à Diretoria de Gestão da Rede Física (DGRF) dentro do bimestre de monitoramento, informando a fase de obra e realizando os detalhamentos necessários.

Fórmula de Cálculo: (Somatório das obras monitoradas nos quatro últimos relatórios de 2013/ Somatório das obras em andamento na área de abrangência da unidade regional nos quatro últimos bimestres de 2013) x 100

Fonte: Diretoria de Gestão da Rede Física (DGRF)

SRS/GRS	Valor de Referência			Meta
	2010	2011	2012	2013
Alfenas	100	100	100	90
Barbacena	100	100	100	90
Belo Horizonte	100	100	100	90
Coronel Fabriciano	100	98,90	100	90
Diamantina	100	92,34	100	90
Divinópolis	100	99,25	100	90
Governador	98,71	91,37	100	90
Itabira	100	100	100	90
Ituiutaba	100	100	100	90
Januária	96,83	98,5	100	90
Juiz de Fora	100	91,27	100	90
Leopoldina	100	100	100	90
Manhumirim	100	97,69	100	90
Montes Claros	100	100	100	90
Passos	100	100	100	90
Patos de Minas	100	100	100	90



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE
FARMÁCIA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO



***931356**	DONEPEZILA 10MG (POR COMPRIMIDO)	01/03/2012	3111201802236
***595756**	METOTREXATO 25MG (POR COMPRIMIDO)	27/06/2012	3112205089202
***598406**	AZATIOPRINA 50MG (POR COMPRIMIDO)	04/05/2012	3112203562688
***598406**	AZATIOPRINA 50MG (POR COMPRIMIDO)	01/06/2012	3112204361112
***598406**	AZATIOPRINA 50MG (POR COMPRIMIDO)	11/07/2012	3112205543942
***598406**	CICLOSPORINA 25MG (POR CAPSULA)	31/01/2012	3112200847316
***598406**	CICLOSPORINA 25MG (POR CAPSULA)	21/03/2012	3112202240268
***598406**	CICLOSPORINA 50MG (POR CAPSULA)	31/01/2012	3112200847316
***598406**	CICLOSPORINA 50MG (POR CAPSULA)	21/03/2012	3112202240268
***598406**	CICLOSPORINA 50MG (POR CAPSULA)	04/05/2012	3112203562688
***598406**	CICLOSPORINA 50MG (POR CAPSULA)	01/06/2012	3112204361112
***598406**	CICLOSPORINA 50MG (POR CAPSULA)	11/07/2012	3112205543942
***113116**	SACARATO DE HIDROXIDO DE FERRICO 100 MG INJETAVEL (POR FRASCO)	29/05/2012	3112204278414
***474886**	ALFAPOETINA 4.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO AMPOLA)	18/01/2012	3112200395887
***510426**	OLANZAPINA 10MG (POR COMPRIMIDO)	25/01/2012	3111209550284
***510426**	OLANZAPINA 10MG (POR COMPRIMIDO)	21/06/2012	3112204868839
***510426**	OLANZAPINA 5MG (POR COMPRIMIDO)	07/03/2012	3112201835105
***510426**	OLANZAPINA 5MG (POR COMPRIMIDO)	13/04/2012	3112201835105
***510426**	OLANZAPINA 5MG (POR COMPRIMIDO)	15/05/2012	3112201835105
***962086**	CICLOSPORINA 100MG (POR CAPSULA)	10/01/2012	3112200160234
***962086**	CICLOSPORINA 100MG (POR CAPSULA)	14/02/2012	3112201154788
***962086**	CICLOSPORINA 100MG (POR CAPSULA)	16/04/2012	3112202844960
***962086**	CICLOSPORINA 100MG (POR CAPSULA)	12/06/2012	3112204536947
***350106**	ALFAPOETINA 3.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	31/01/2012	3112200787070
***350106**	ALFAPOETINA 3.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	01/03/2012	3112201706834
***350106**	ALFAPOETINA 3.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	04/04/2012	3112202640206
***350106**	ALFAPOETINA 3.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	08/05/2012	3112203626422
***350106**	ALFAPOETINA 3.000 UI INJETAVEL (POR FRASCO)	13/06/2012	3112204566977

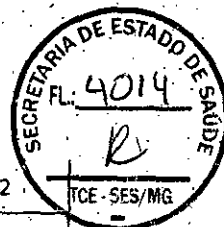
Encaminhamos, ainda, relatórios de atendimento do ano de 2012, por paciente, (documento que comprova e justifica a ausência de APAC) demonstrando que não ocorreu dispensação no período questionado. Abaixo, segue a relação de relatórios encaminhados:

Tabela 6 – Relatório de Atendimento, por paciente, no ano de 2012.

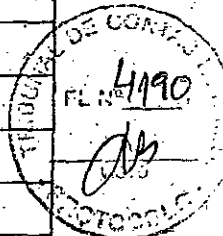
CPF	MEDICAMENTO	DATA DA DISPENSAÇÃO
***076226**	MICOFENALATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)	24/01/2012
***076226**	MICOFENALATO DE SODIO 180 MG (POR COMPRIMIDO)	02/08/2012
***076226**	MICOFENALATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)	24/01/2012
***076226**	MICOFENALATO DE SODIO 360 MG (POR COMPRIMIDO)	02/08/2012
***076226**	SIROLIMO 2 MG (POR DRÁGEA)	24/01/2012



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE
FARMÁCIA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO




***076226**	SIROLIMO 2 MG (POR DRÁGUA)	02/08/2012
***208016**	DONEPEZILA 5MG (POR COMPRIMIDO)	02/03/2012
***072736**	GLATIRAMER 20 MG, INJETÁVEL (POR FRASCO-AMPÓLA OU SERINGA PREENCHIDA)	30/01/2012
***780506**	BUDESONIDA 200MCG (AEROSOL)	06/03/2012
***780506**	BUDESONIDA 200MCG (AEROSOL)	09/04/2012
***780506**	BUDESONIDA 200MCG (AEROSOL)	07/05/2012
***780506**	BUDESONIDA 200MCG (PÓ INALANTE)	07/05/2012
***283366**	DONEPEZILA 10MG (POR COMPRIMIDO)	31/05/2012

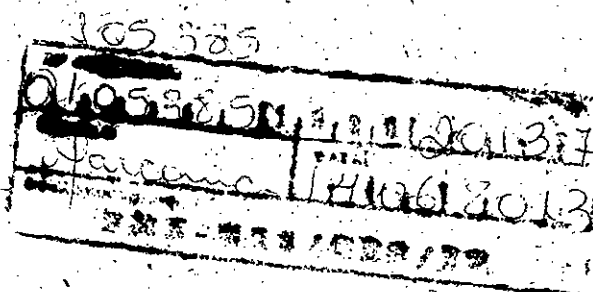


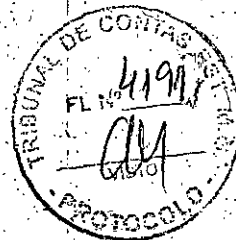
Informamos que não foi possível identificar em nosso sistema os dados relacionados aos portadores dos seguintes cadastros de pessoa física (CPF): ***595339** e ***805136**, sendo necessário o envio do dado completo e/ou nome do beneficiário.

Na oportunidade, solicitamos que caso seja necessário o envio de outros documentos, que entre em contato.

Atenciosamente,


Patrícia de Oliveira
Coordenadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica
Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte





DOC. 10 - TABELA 1

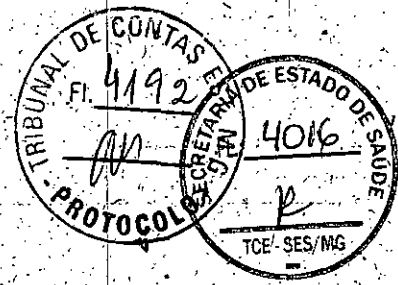


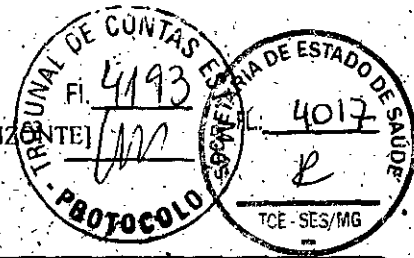
Tabela 1 - Comprovação documental dos medicamentos relacionados no Quadro 12 – Grupo 1B



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



06189877621 A2550142



06189877621 BRUNO DENER MARCAL SILVA

SEXO: M IDADE: 28A 10M 30D

Receita: A/2550142 (22/08/2012) Atendimento: 22/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 99724499634 - MARCELO RIBEIRO BASTOS

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA

D1160

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1]	13 fr. amp.		ERITROMAX 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. 3.000 UI - BLAUSIEGEL		
			epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.		
	TERMOLABEL	0	39000	39000	0 UI
[2]	2 ampola		NORIPURUM 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml - Altana		
			sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml		
TI	OLABEL	0	10	10	0 ml

X Kellenia Oliveira dos Santos

Reatendimento na farmácia **21/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **14:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

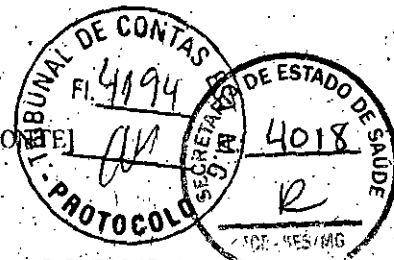
Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



03143024682 A2501341

03143024682 CLAUDIA DE JESUS BELO CAMPOS

SEXO: M IDADE: 36A 7M 6D

Receita: A/2501341 (18/07/2012) Atendimento: 18/07/2012 Validade LME/Receita: 30/09/2012

Prescritor CPF: 69453381691 - VALENTINA SOARES MARIANO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R1265

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1]	9 fr. amp.				
	ALFAEPOETINA 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. - OSWALDO CRUZ				
	epoetina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.				
	TERMOLABEL	0	36000	36000	0 UI
[2]	10 ampola				
	NORIPURUM 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml - Altana				
	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml				
	TI OLABEL	0	50	50	0 ml

4619.330

Claudia Jesus Belo Campos

Reatendimento na farmácia **17/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **16:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

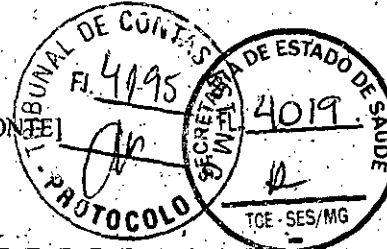
Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



03143024682 A2501341



03143024682. CLAUDIA DE JESUS BELO CAMPOS

SEXO: M IDADE: 36A 7M 6D

Receita: A/2501341 (18/07/2012) Atendimento: 17/08/2012 Validade LME/Receita: 30/09/2012

Prescritor CPF: 69453381691 - VALENTINA SOARES MARIANO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA

E1461

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1]	7 fr. amp. ALFAEPOETINA 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. - OSWALDO CRUZ epoetina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	0	28000	28000	0 UI
	TERMOLABEL				
[2]	2 ampola NORIPURUM 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml - Altana sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml	0	10	10	0 ml
	OLABEL				

Claudia Jesus Belo Campos

Reatendimento na farmácia **12/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **16:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



15060730697 CONCEICAO BICALHO PESSOA

SEXO: F IDADE: 88A.10M 3D

Receita: A/2431023 (29/05/2012) Atendimento: 02/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor CPF: 45484864615 - FERNANDO LUIS GONCALVES

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

SENHA

D0194

Protocolo:

	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
1) 5 blister SIFROL 1mg blister 10 comp. - BOEHRINGER pramipexol 1 mg comp.	0	45	50	5 comp.

Mário Lucio do Nascimento

Documento: _____ Nome: MÁRIO LUCIO DO NASCIMENTO Nisto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **01/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **08:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

**Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos**

Informações (SAC):

Email:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

GRS - BELO HORIZONTE

SERVICÓ DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)

FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



45598533634 A1795261

45598533634 IRIS CLARA LOPES COTTA

SEXO: F IDADE: 86A 5M 27D

Receita: A/1795261 (24/01/2011) Atendimento: 22/02/2011 Validade, LME/Receita: 31/03/2011

Prescritor CPF: 08749116649 - MÁURICIO SAO TIAGO FULGENCIO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

SENHA

E1482

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

Quantidade

Excesso Anterior Requistado Atendido Excesso Atual

4 blister JUMEXIL 10 mg blister 10 comp. - FARMALAB
selegilina 10 mg comp.

2 38 40 4 comp.



M-2027.605 X

Iris Clara Lopes Cotta

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA.

Reatendimento na farmácia **01/04/2011** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **11:15**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazar Nova LME/Receita.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:

Digitação: SAMUELA B

Separação:

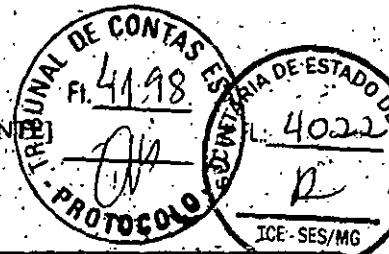
Entrega:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



94257493615 A2417422



94257493615 IVANI BATISTA DA SILVA

SEXO: F IDADE: 67A 5M 22D

Receita: A/2417422 (18/05/2012) Atendimento: 17/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor CPF: 64530167615 - VANJA DINIZ RABELO CAIRES

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R0261

Quantidade	Excesso Anterior				Requisitado				Atendido				Excesso Atual			
1 frasco	ARAVA 20mg frasco 30 comp. - AVENTIS PHARMA				leflunomida 20 mg.comp.											
	1					30				30						1 comp.

Ivani Batista Silva

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **16/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **08:45**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

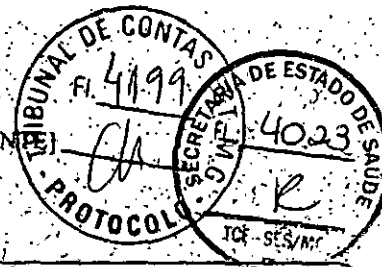
Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



94257493615 A2540084



94257493615 IVANI BATISTA DA SILVA

SEXO: F. IDADE: 67A 5M 22D

✓ Receita: A/2540084 (16/08/2012) Atendimento: 16/08/2012 Validade: LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 64530167615 - VANJA DINIZ RABELO CALRES

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R0187

QTD	Descrição	Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1	1 frasco ARAVA 20mg frasco 30 comp. - AVENTIS PHARMA leflunomida 20 mg.comp.	1	29	30	2 comp.

IVANI BATISTA DA SILVA

Reatendimento na farmácia **14/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **08:45**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

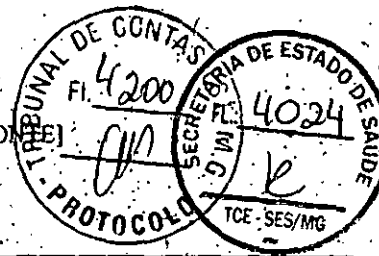
Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



13194780697 A2517262



13194780697 JOAQUIM LOPES RIBEIRO FILHO SEXO: M IDADE: 60A 9M 8D
 Receita: A/2517262 (31/07/2012) Atendimento: 31/07/2012 Validade LME/Receita: 30/09/2012
 Prescritor CPF: 03233836601 - SANDRO LUIZ CASCADO SILVA
 Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
 Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS
 Protocolo: _____
 SENHA **D1190**

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1]	5 blister ZOPIX 10 mg blister 7 comp. - EMS olanzapina 10 mg comp.	0	35	35	0 comp.

Reatendimento na farmácia *Joaquim Lopes Ribeiro (mae)* **04/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **18:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
 Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRE

ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

GRS, BELO HORIZONTE

SERVIÇO DE FARMÁCIA

Prescrição: Histórico Paciente / Medicamento



31.947.806-97 - JOAQUIM LOPES RIBEIRO FILHO

Sexo: M Idade: 60 A 9 M 15 D.

Medicamento: 11155838 olanzapina 10 mg comp.

de Farmácia	Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias ¹	Saldo ² Anterior	Requisitado	Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
BH FARBH01	A/40963	03/02/2006 14:17:51	03/02/2006	07/03/2006	32	0	32	35	3comp.			
		07/03/2006 10:07:00	07/03/2006	05/04/2006	29	3	29	28	2comp.			
		05/04/2006 12:53:25	05/04/2006	04/05/2006	29	2	29	28	1comp.			
	A/62774	02/05/2006 13:25:02	02/05/2006	01/06/2006	30	3	30	28	1comp.			
		06/06/2006 14:14:01	06/06/2006	06/07/2006	30	0	30	35	5comp.			
		06/07/2006 14:22:16	06/07/2006	07/08/2006	32	5	32	28	1comp.			
	A/92714	18/08/2006 12:04:32	18/08/2006	19/09/2006	32	0	32	35	3comp.			
		19/09/2006 14:38:10	19/09/2006	20/10/2006	31	3	31	28	0comp.			
		20/10/2006 10:28:26	20/10/2006	22/11/2006	33	0	33	35	2comp.			
	A/150919	29/11/2006 14:15:21	29/11/2006	03/01/2007	35	0	35	35	0comp.			
	A/192729	12/01/2007 10:07:59	12/01/2007	14/02/2007	33	0	33	35	2comp.			
	A/235114	15/02/2007 12:46:57	15/02/2007	20/03/2007	33	1	33	35	3comp.			
		20/03/2007 13:14:05	20/03/2007	24/04/2007	35	3	35	35	3comp.			
		26/04/2007 15:14:05	26/04/2007	01/06/2007	36	1	36	35	0comp.			
	A/317274	01/06/2007 10:26:26	01/06/2007	10/07/2007	39	0	39	42	3comp.			
		16/07/2007 11:49:40	16/07/2007	20/08/2007	35	0	35	35	0comp.			
		20/08/2007 10:11:13	20/08/2007	24/09/2007	35	0	35	35	0comp.			
	A/415590	24/09/2007 15:28:22	24/09/2007	31/10/2007	37	0	37	42	5comp.			
		06/11/2007 14:41:56	06/11/2007	12/12/2007	36	0	36	42	6comp.			
	A/487434	18/12/2007 09:05:31	18/12/2007	28/01/2008	41	0	41	42	1comp.			
	A/567645	13/02/2008 10:10:49	13/02/2008	14/03/2008	30	0	30	35	5comp.			
	A/606568	27/03/2008 08:34:17	27/03/2008	29/04/2008	33	0	33	35	2comp.			
		29/04/2008 14:29:19	29/04/2008	10/06/2008	42	2	42	42	2comp.			
	A/677686	11/06/2008 08:32:45	11/06/2008	11/07/2008	30	1	30	35	6comp.			
		15/07/2008 09:19:23	15/07/2008	14/08/2008	30	2	30	28	0comp.			
		14/08/2008 14:47:11	14/08/2008	16/09/2008	33	0	33	35	2comp.			
	A/784500	26/09/2008 11:42:08	26/09/2008	30/10/2008	34	0	34	35	1comp.			
		07/11/2008 09:41:11	07/11/2008	12/12/2008	35	0	35	35	0comp.			
	A/868529	18/12/2008 08:27:37	18/12/2008	30/01/2009	43	0	43	49	6comp.			

Idade de dias entre o atendimento e o reatendimento.

(2) Saldo com o paciente no dia do atendimento.

(3) Saldo com o paciente previsto para o dia do reatendimento.

(4) Atendimento por medicamento substituído.

(5) Saldo anterior desprezado.





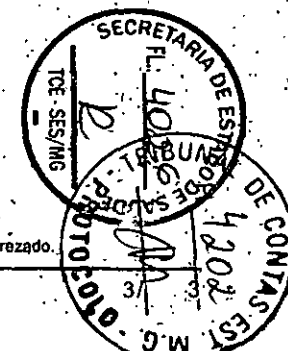
31.947-806-97 - JOAQUIM LOPES RIBEIRO FILHO

Sexo: M Idade: 60 A 9 M 15 D

Medicamento: 11155838 ,olanzapina 10 mg.comp.

Id	Farmácia	Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias ¹	Saldo ² Anterior	Requisitado	Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
		A/2643508	26/10/2012 20:04:28	26/10/2012	29/11/2012	34	0	34	35	1 comp.			

(1) Diferença de dias entre o atendimento e o reatendimento. (2) Saldo com o paciente no dia do atendimento. (3) Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. (4) Atendimento por medicamento substituto. (5) Saldo anterior desprezado.





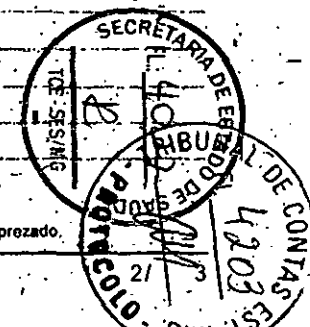
11.947.806-97 - JOAQUIM LOPES RIBEIRO FILHO

Sexo: M · Idade: 60 A 9 M 15 D

Medicamento: 11155838 olanzapina 10 mg comp.

Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias	Saldo ²		Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
					Anterior	Requisitado					
	16/02/2009 08:53:58	16/02/2009	26/03/2009	38	0	38	42	4 comp.			
A/979739	07/04/2009 08:13:09	07/04/2009	18/05/2009	41	0	41	42	1 comp.			
	19/05/2009 08:42:14	19/05/2009	25/06/2009	37	0	37	42	5 comp.			
	26/06/2009 12:39:24	26/06/2009	31/07/2009	35	4	35	35	4 comp.			
A/1125134	20/08/2009 14:01:49	20/08/2009	29/09/2009	40	0	40	42	2 comp.			
	16/10/2009 08:51:15	16/10/2009	30/11/2009	45	0	45	49	4 comp.			
A/1252670	10/12/2009 08:31:08	10/12/2009	26/01/2010	47	0	47	49	2 comp.			
	02/02/2010 10:11:53	02/02/2010	10/03/2010	36	0	36	42	6 comp.			
A/1399360	17/03/2010 13:50:11	17/03/2010	16/04/2010	30	0	30	35	5 comp.			
	28/04/2010 17:04:23	28/04/2010	10/06/2010	43	0	43	49	6 comp.			
A/1547177	21/06/2010 15:38:58	21/06/2010	23/07/2010	32	0	32	35	3 comp.			
	12/08/2010 16:12:11	12/08/2010	21/09/2010	40	0	40	42	2 comp.			
A/1856157	23/09/2010 13:01:10	23/09/2010	05/11/2010	43	0	43	49	6 comp.			
	10/11/2010 08:27:38	10/11/2010	16/12/2010	36	1	36	35	0 comp.			
A/1739160	06/12/2010 16:35:51	06/12/2010	06/01/2011	31	10	31	21	0 comp.			
	08/01/2011 16:41:22	08/01/2011	03/02/2011	28	0	28	28	0 comp.			
	04/02/2011 16:40:17	04/02/2011	14/03/2011	38	0	38	42	4 comp.			
A/1867335	23/03/2011 16:56:03	23/03/2011	17/05/2011	55	0	55	56	1 comp.			
A/1972379	14/06/2011 15:00:13	14/06/2011	02/08/2011	49	0	49	49	0 comp.			
	11/08/2011 18:46:22	11/08/2011	22/09/2011	42	0	42	42	0 comp.			
A/2097033	21/09/2011 08:04:16	21/09/2011	03/11/2011	43	1	43	42	0 comp.			
	03/11/2011 08:11:09	03/11/2011	13/12/2011	40	0	40	42	2 comp.			
A/2205567	13/12/2011 08:26:06	13/12/2011	16/01/2012	34	2	34	35	3 comp.			
	16/01/2012 08:16:52	16/01/2012	17/02/2012	32	3	32	35	6 comp.			
	29/02/2012 18:09:49	29/02/2012	30/03/2012	30	0	30	35	5 comp.			
A/2391424	27/04/2012 18:36:13	27/04/2012	30/05/2012	33	0	33	35	2 comp.			
	11/06/2012 18:32:59	11/06/2012	09/07/2012	28	0	28	28	0 comp.			
A/2517262	31/07/2012 16:21:19	31/07/2012	04/09/2012	35	0	35	35	0 comp.			
	24/09/2012 19:42:14	24/09/2012	23/10/2012	29	0	29	30	1 comp.			

Idade de dias entre o atendimento e o reatendimento. (2) Saldo com o paciente no dia do atendimento. (3) Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. (4) Atendimento por medicamento substituto. (5) Saldo anterior desprezado.





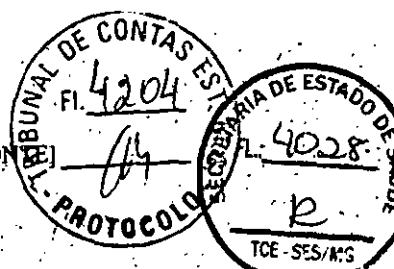
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE

SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]

FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



30101948620 A2416810



30101948620 JOSE FERNANDES DE CASTRO

SEXO: M IDADE: 57A 1M 24D

Receita: A/2416810 (17/05/2012) Atendimento: 17/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor CPF: 45536023691 - MARIA DAS GRACAS MARTINS GENEROSO FONSECA

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

2123

Protocolo:

[1]	10 blister	FUMARATO DE QUETIAPINA 200 mg blister 10 comp. reves. - EROWLABS quetiapina 200 mg comp. reves.	Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
			11	102	100	9 comp. reves.

Handwritten signature: José Fernandes de Castro

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **20/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **10:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita:

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____

Email: _____

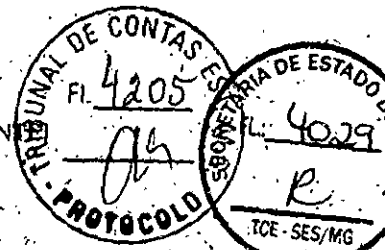


SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)

FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



30101948620 A2545184



0101948620 JOSE FERNANDES DE CASTRO

SEXO: M IDADE: 57A 1M 24D

Receita: A/2545184 (20/08/2012) Atendimento: 20/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 45536023691 - MARIA DAS GRACAS MARTINS GENEROSO FONSECA

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
E931

	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1) 6 blister SEROQUEL 200mg blister 14 comp. reves. - ASTRA ZENECA quetiapina 200 mg comp. reves.		9	87	84
				6 comp. reves.

Jose Fernandes de Castro

Reatendimento na farmácia **18/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **17:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



07768570618 A2554237



07768570618 LUIZ BÉRTHOLINI

SEXO: M IDADE: 100A 8M 20D

Receita: A/2554237 (24/08/2012) Atendimento: 24/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 29667453634 - RENATO PEREIRA CAMPOLINA PONTES

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo: -

SENHA
D0999

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1)	2 blister		REMINYL ER 16 mg blister 14 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG		
			galantamina ER 16 mg cáps. lib. pro.		
		3	28	28	3 cáps. lib. pro.

Reatendimento na farmácia **21/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **14:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

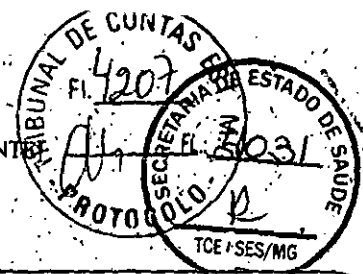
Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



26429683672_A2446819

16429683672 MARIA AFONSO SILVEIRA

SEXO: F IDADE: 74A 3M 5D

Receita: A/2446819 (12/06/2012) Atendimento: 16/08/2012 Validade LME/Receita: 31/08/2012

Prescritor CPF: 90718437691 - MARCOS ANTONIO PIOVAN JAYME

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
E0269

			Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1)	3 blister	ATORVASTATINA CALCICA 10 mg blister 10 comp. - EMS atorvastatina 10 mg comp.	5	35	30	0 comp.
2)	5 blister	EXELON 4,5mg blister 14 cáps. - NOVARTIS rivastigmina 4,5 mg cáps.	0	70	70	0 cáps.

Maria Afonso Silveira

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA.

Reatendimento na farmácia **20/09/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **09:00**

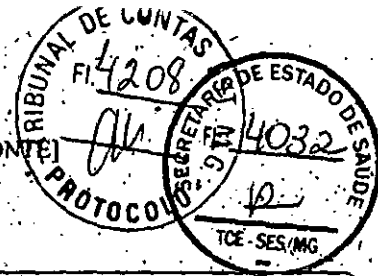
O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos

Contato (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



75248352649 MARIA BELA DA SILVA SEXO: F IDADE: 70A 8M-21D
 Receita: A/2430820 (29/05/2012) Atendimento: 29/05/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012
 Prescritor: CPF: 03491712629 - LUCIENE GOMES DE OLIVEIRA
 Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
 Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS
 Protocolo: SENHA 1 VEZ

	Quantidade	Excesso			
		Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1) 3 blister. REMINYL ER 16 mg blister 14 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG galantamina ER 16 mg cáps. lib. pro.		0	37	42	5 cáps. lib. pro.

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

Reatendimento na farmácia **05/07/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **07:30**
 O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
 Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.
Confira seus medicamentos

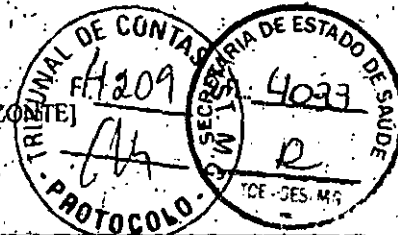
Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



75248352649 A2430820



75248352649 MARIA BELA DA SILVA

SEXO: F IDADE: 70A 8M 21D

Recêita: A/2430820 (29/05/2012) Atendimento: 18/06/2012 Validade LME/Recêita: 31/07/2012

Prescritor CPF: 03491712629 - LUCIENE GOMES DE OLIVEIRA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
A1183

[1]	4 caixa	REMINYL ER 8 mg caixa 7 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG galantamina ER-8 mg cáps. lib. pro.	Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
			0	24	28	4 cáps. lib. pro.

Documento: _____ Nome: Maria Bela da Silva Visto: _____

Reatendimento na farmácia **12/07/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **09:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

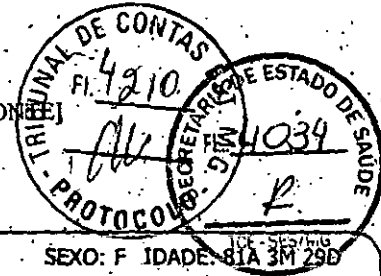
Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.



01119215625 A2249476



119215625 MARIA DA CONCEICAO GOMES FERREIRA

SEXO: F IDADE: 81A 3M 29D

Receita: A/2249476 (17/01/2012) Atendimento: 17/01/2012 Validade LME/Receita: 31/03/2012

Prescritor CPF: 05593394610 - CAMILA OLIVEIRA ALCANTARA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

428

Protocolo:

	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
1) 3 blister		REMINYL ER 16 mg blister 14 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG		
		galantamina ER 16 mg cáps. lib. pro.		
	0	31	42	11 cáps. lib. pro.

Documento: _____ Nome: Maria da Conceição Gomes Ferreira Visto: _____

Reatendimento na farmácia **17/02/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparência **09:30**

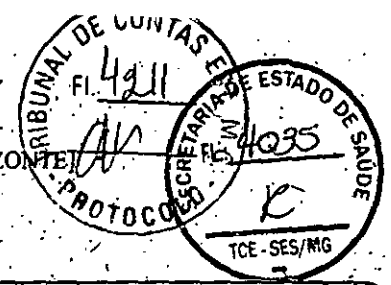
O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
 Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____ Entrega: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



01119215625 A2249476

01119215625 MARIA DA CONCEICAO GOMES FERREIRA

SEXO: F IDADE: 81A 3M 29D

Receita: A/2249476 (17/01/2012) Atendimento: 17/02/2012 Validade LME/Receita: 31/03/2012

Prescritor CPF: 05593394610 - CAMILA OLIVEIRA ALCANTARA

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

SENHA
D0318

Protocolo:

	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
11 2 blister				
		REMINYL ER 16 mg blister 14 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG		
		galantamina ER 16 mg cáps. lib. pro.		
	11	39	28	0 cáps. lib. pro.

Reatendimento na farmácia

Reatendimento na farmácia **27/03/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **10:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

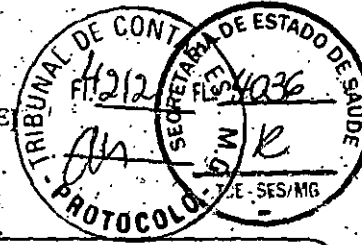
Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



01119215625 A2249476

01119215625 MARIA DA CONCEIÇÃO GOMES FERREIRA

SEXO: F IDADE: 81A 3M 29D

Receita: A/2249476 (17/01/2012) Atendimento: 27/03/2012 Validade LME/Receita: 31/03/2012

Prescritor CPF: 05593394610 - CAMILA OLIVEIRA ALCANTARA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

SENHA
313

Protocolo:

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1)	3 blister				
	REMINYL ER 16 mg blister 14 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG				
	galantamina ER, 16 mg cáps. lib. pro.	0	37	42	5 cáps. lib. pro.

Documento: _____ Nome: Camila Oliveira Alcantara Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **03/05/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **10:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.

Confira seus medicamentos

Assinatura (SAC): _____

Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



01119215625.A2395166

1119215625 MARIA DA CONCEICAO GOMES FERREIRA

SEXO: F IDADE: 81A 3M 29D

Receita: A/2395166 (03/05/2012) Atendimento: 03/05/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor: CPF: 05593394610 - CAMILA OLIVEIRA ALCANTARA

Serviço: ASFAZ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R523

	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
1) 2 blister REMINYL ER 16 mg blister 14 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG galantamina ER 16 mg cáps. lib. pro.	5	29	28	4 cáps. lib. pro.

Documento: _____ Nome: Maria da Conceicao Gomes Ferreira Visto: _____

Reatendimento na farmácia **01/06/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **10:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
 Este documento não substitui a receita. Trázer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELÓ HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELÓ HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



01119215625 A2435208

1119215625 MARIA DA CONCEICAO GOMES FERREIRA

SEXO: F IDADE: 81A 3M 29D

Receita: A/2435208 (01/06/2012) Atendimento: 10/08/2012 Validade LME/Receita: 31/08/2012

Prescritor CPF: 05593394610 - CAMILA OLIVEIRA ALCANTARA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R0433

1)	3 blister	REMINYL ER 24 mg blister 14 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG galantamina ER 24 mg cáps. lib. pro.	Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
			0	39	42	3 cáps. lib. pro.

Documento: _____ Nome: Maria da Conceição Gomes Ferreira Visto: _____

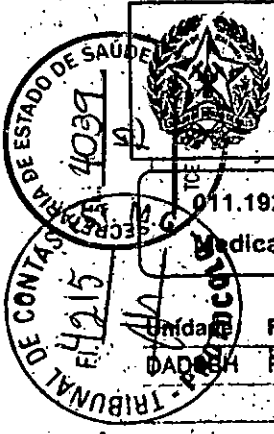
ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **18/09/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **10:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

**Trazer Nova LME/Receita.
 Confira seus medicamentos**

Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

GRS - BELO HORIZONTE

SERVIÇO DE FARMÁCIA

Prescrição: Histórico Paciente / Medicamento



011.192.156-25 - MARIA DA CONCEICAO GOMES FERREIRA

Sexo: F Idade: 81 A B. M.

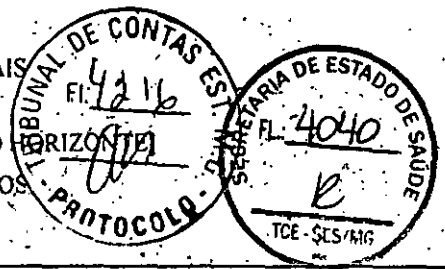
Medicamento: 11153657 galantamina ER 16 mg cáps. lib. pro.

Unidade	Farmácia	Recetta	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias ¹	Saldo ² Anterior	Réquisitado	Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprez.
DADOSH	FARBH01	A/2249476	17/01/2012 10:46:42	17/01/2012	17/02/2012	31	0	31	42	11 cáps. lib. pro.			
			17/02/2012 09:20:03	17/02/2012	27/03/2012	39	11	39	28	0 cáps. lib. pro.			
			27/03/2012 10:08:53	27/03/2012	03/05/2012	37	0	37	42	5 cáps. lib. pro.			
			A/2395168	03/05/2012 10:36:44	03/05/2012	01/06/2012	29	5	29	28	4 cáps. lib. pro.		

(1) Quantidade de dias entre o atendimento e o reatendimento. (2) Saldo com o paciente no atendimento. (3) Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. (4) Atendimento por medicamento substituto. (5) Saldo anterior desprezado.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



46647040625 A2315011

46647040625 MARIA DA PENHA DE SOUZA SEXO: F IDADE: 50A.0M.8D
 Receita: A/2315011 (06/03/2012) Atendimento: 10/04/2012 Validade LME/Receita: 31/05/2012
 Prescritor CPF: 03578894605 - HUGO LEONARDO M. FARIA
 Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
 Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS
 Protocolo:

SENHA
RAFA

[1]	1 kit	Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
	SYMBICORT (12mcg + 400mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose - ASTRA ZENECA				
	formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose				
		16	74	60	2 dose

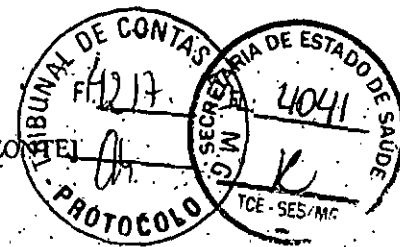
Document.o: M4 174318 Nome: Maria da Penha de Souza Visto: _____

Reatendimento na farmácia **17/05/2012** . **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **08:00**
 O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
 Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.
Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



46647040625 A2415111

46647040625 MARIA DA PENHA DE SOUZA

SEXO: F IDADE: 50A 0M 8D

Receita: A/2415111 (17/05/2012) Atendimento: 17/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor CPF: 17549833672 - JACKSON MACHADO PINTO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R33

[1]	3 blister	NEOTIGASON 25mg blister 10 cáps. - ROCHE acitretina 25 mg cáps.	Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
			1	30	30	1 cáps.
[2]	1 kit	SYMBICORT (12mcg + 400mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose - ASTRA ZENECA formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose	0	60	60	0 dose

Documento: _____ Nome: Maria da Penha de Souza Assinatura: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **16/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **08:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

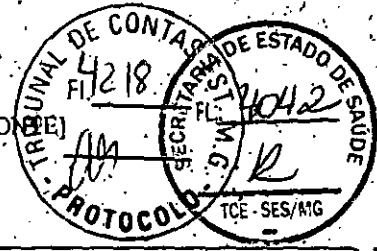
**Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos**

Informações (SAC): _____

Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)



46647040625 A2542969

46647040625 MARIA DA PENHA DE SOUZA

SEXO: F IDADE: 50A 0M 8D

Receita: A/2542969 (17/08/2012) Atendimento: 17/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 17958800827 - ALEXANDRE DE CARVALHO ALVES

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

SENHA
D373

Protocolo:

		Quantidade					
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual		
[1]	1 kit		SYMBICORT (12mcg + 400mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose - ASTRA ZENECA formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose	0	52	60	8 dose
[2]	3 blister		NEOTIGASON 25mg blister 10 cáps. - ROCHE acitretina 25 mg cáps.	0	26	30	4 cáps.

Documento: _____ Nome: Maria da Penha de Souza Visto: _____

Reatendimento na farmácia **12/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **08:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento, Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



00086185691 A2531124

00086185691 MARIA DE LOURDES PINHEIRO COELHO

SEXO: F IDADE: 100A 9M 16D

Receita: A/2531124 (09/08/2012) Atendimento: 09/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 01154576663 - WESLEY GOMES PRATA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA

R785

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	
1)	5 blister		SIFROL 0,25mg blister 10 comp. - BOEHRINGER		
			pramipexol 0,25 mg comp.		
		8	56	50	2 comp.

Wesley Gomes Prata

Reatendimento na farmácia **06/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **10:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



73549304668 A2427207



73549304668 MARIA TEREZINHA DE AZEVEDO

SEXO: F IDADE: 74A 3M,22D

Receita: A/2427207 (25/05/2012) Atendimento: 26/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor CPF: 50773755691 - MARIA JOSE FERREIRA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
399

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1)	3 blister		REMINYL ER 24 mg blister 14 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG		
			galantamina ER 24 mg cáps. lib. pro.		
		0	36	42	6 cáps. lib. pro.

Documento: _____ Nome: Thiara Passia Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **31/08/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **10:00**

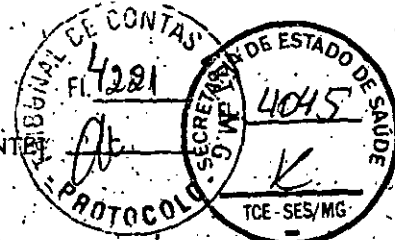
O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



73549304668 A2561827

3549304668 MARIA TEREZINHA DE AZEVEDO

SEXO: F IDADE: 74A 3M 22D

Receita: A/2561827 (31/08/2012). Atendimento: 31/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 507737556911 - MARIA JOSE FERREIRA

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

R426

Protocolo:

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
11	2 blister	REMINYL ER 24 mg blister 14 cáps. lib. pro. - JANSSEN-CILAG			
	galantamina ER 24 mg cáps. lib. pro.	6	31	28	3 cáps. lib. pro.

Verônica Pessoa

Reatendimento na farmácia **01/10/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **10:00**

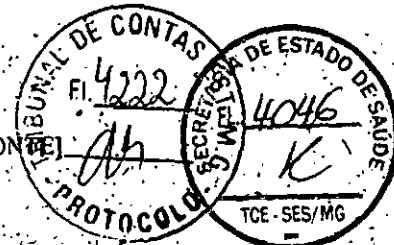
O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
 Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 - GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



04511311692 A2521829

04511311692 NEUZA LUZIA ROBERTO

SEXO: F IDADE: 60A 5M 7D

Receita: A/2521829 (02/08/2012) Atendimento: 02/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 00138397643 - ANDRE LOPES SALAZAR

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
D1267

			Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
(1)	3 ampola	NORIPURUM 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml - Altana sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml	0	15	15	0 ml
	TERMOLABEL					
(2)	2 frasco	SIGMATRIOL 0,25mcg frasco 30 cáps. - SIGMA FARMA calcitriol 0,25 mcg cáps.	0	35	60	25 cáps.

Dantas

Reatendimento na farmácia **06/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **08:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



01551042681 A2463420

11551042681 ROBERTA DE ASSIS

SEXO: F IDADE: 36A 1M 26D

Receita: A/2463420 (21/06/2012) Atendimento: 01/08/2012 Validade LME/Receita: 31/08/2012

Prescritor CPF: 05018158646 - ALICE FONSECA DE GARCIA

Serviço: ASPAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA

D0849

			Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1)	5 blister	ZYPREXA 5mg blister 7 comp. - LILLY olanzapina 5 mg comp.	0	35	35	0 comp.
2)	5 blister	ZOPIX 10mg blister 7 comp. - EMS olanzapina 10 mg comp.	0	35	35	0 comp.

x Alice Fonseca Garcia 191093786

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **05/09/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **19:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento:

**Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos**

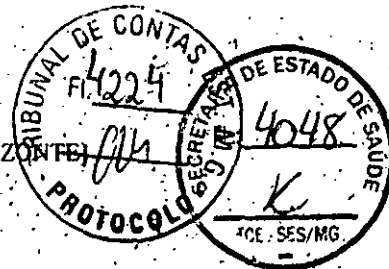
Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



07267523633 A2188048



07267523633 SILVANA ALVES DA CRUZ

SEXO: F IDADE: 28A 7M 27D

Recêita: A/2188048 (30/11/2011) Atendimento: 23/01/2012 Validade LME/Recêita: 31/01/2012

Prescritor CPF: 03789873640 - DANIELLE GONCALVES SEABRA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA

R0437

[.1]	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
2 frasco				
DOSTINEX 0,5mg frasco 8 comp. - PHARMACIA BRASIL				
cabergolina 0,5 mg comp.	0	10	16	6 comp.

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **27/02/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **09:15**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Recêita.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____

Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

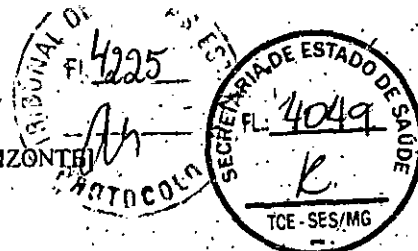
GRS - BELO HORIZONTE

SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)

FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



07267523633 A2490423



07267523633 SILVANA ALVES DA CRUZ

SEXO: F IDADE: 28A 7M-27D

Receita: A/2490423 (11/07/2012) Atendimento: 13/08/2012 Validade LME/Receita: 30/09/2012

Prescritor CPF: 03789873640 - DANIELLE GONCALVES SEABRA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA

D0617

	Quantidade	Excesso Anterior				Requisitado				Atendido				Excesso Atual			
1) 1 frasco	DOSTINEX 0,5mg frasco 8 comp. - PHARMACIA BRASIL																
	cabergolina 0,5 mg comp.	0				8				8				0 comp.			

ATENÇÃO

Reatendimento na farmácia **10/09/2012**

Horário de Comparecimento **10:15**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento. Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

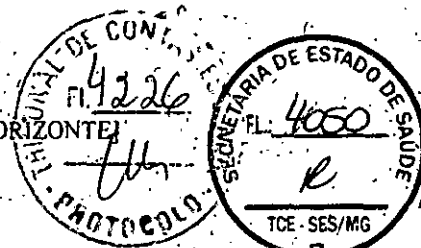
Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



09080678600 A2458659



09080678600 TEREZA SOARES DE SOUSA

SEXO: F IDADE: 87A 9M 1D

Receita: A/2458659 (19/06/2012) Atendimento: 14/08/2012 Validade LME/Receita: 31/08/2012

Prescritor CPF: 22904654615 - MARIZETE DIAS SOARES

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

E0639

Protocolo:

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1)	2 frasco.				
	EXELON 2mg/ml sol. oral frasco 120 ml - NOVARTIS.				
	rivastigmina 2 mg/ml sol. oral	0	234	240	6 ml

Tereza Soares de Sousa

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

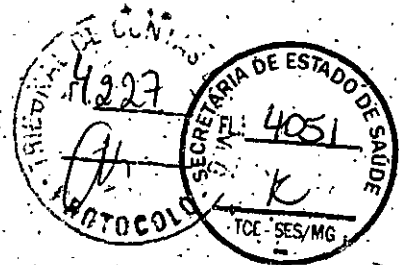
ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA.

Reatendimento na farmácia **05/10/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **07:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

**Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos**

Informações (SAC): _____ Email: _____



DOC. 10 – TABELA 2

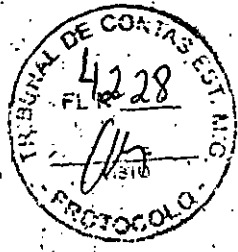


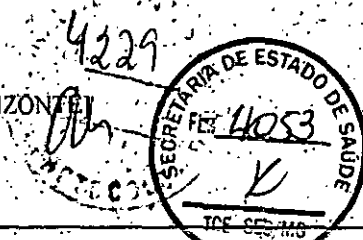
Tabela 2 - Comprovação documental dos medicamentos relacionados no Quadro 13 - Grupo 1A



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELÓ HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELÓ HORIZONTE]
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



06558895668 A2272699



06558895668 ANITA PIGNATARO GUIERO

SEXO: F IDADE: 101A-2M 10D

Receita: A/2272699 (02/02/2012) Atendimento: 12/04/2012 Validade: LME/Receita: 30/04/2012

Prescritor: CPF: 40810089653 - JOSE FRANCISCO ZUMPARO PEREIRA SANTOS

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
D1277

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1)	3 blister. ERANZ 10mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL donepezila 10 mg comp.	2	39	42	5 comp.

X *Guiero - surge a Monica P. Gueri*

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **21/05/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **15:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA



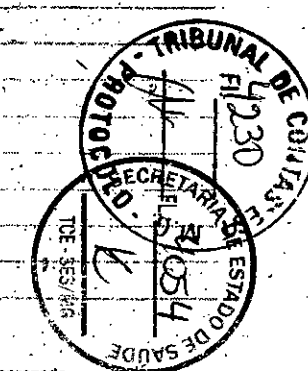
Prescrição: Histórico Paciente / Medicamento

065.588.956-68 - ANITA PIGNATARO GUIERO

Sexo: F Idade: 101A 2 M 17 D

Medicamento: 11151258 donepezila 10 mg comp.

ade	Farmácia	Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias ¹	Saldo ²		Requisitado	Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
							Anterior							
SBH	FARBH01	A/54199	28/03/2006 16:01:53	28/03/2006	05/05/2006	38	0		38	42	4comp.			
			05/05/2006 08:08:33	05/05/2006	05/06/2006	31	4	31	28	1comp.				
		A/71288	05/06/2006 13:53:57	05/06/2006	12/07/2006	37	1		37	42	6comp.			
			12/07/2006 15:12:58	12/07/2006	23/08/2006	42	6	42	42	6comp.				
			23/08/2006 08:35:39	23/08/2006	22/09/2006	30	6	30	28	4comp.				
			22/09/2006 14:48:25	22/09/2006	01/11/2006	40	4	40	42	6comp.				
			01/11/2006 10:05:15	01/11/2006	04/12/2006	33	6		33	28	1comp.			
			A/153425	04/12/2006 11:11:14	04/12/2006	12/01/2007	39	1		39	42	4comp.		
			A/192895	12/01/2007 10:37:12	12/01/2007	16/02/2007	35	4		35	42	11comp.		
				15/02/2007 15:56:43	15/02/2007	21/03/2007	34	12		34	28	6comp.		
			A/267728	03/04/2007 11:27:29	03/04/2007	09/05/2007	36	0		36	42	6comp.		
				09/05/2007 12:44:03	09/05/2007	20/06/2007	42	6		42	42	6comp.		
				20/06/2007 10:26:45	20/06/2007	23/07/2007	33	6		33	28	1comp.		
			A/362498	23/07/2007 16:10:45	23/07/2007	03/09/2007	42	1		42	42	1comp.		
				04/09/2007 10:52:24	04/09/2007	10/10/2007	36	0		36	42	6comp.		
			A/430616	10/10/2007 12:13:13	10/10/2007	21/11/2007	42	6		42	42	6comp.		
				21/11/2007 12:51:53	21/11/2007	03/01/2008	43	6		43	42	5comp.		
			A/508716	08/01/2008 14:11:40	08/01/2008	14/02/2008	37	0		37	42	5comp.		
				14/02/2008 13:52:05	14/02/2008	18/03/2008	33	5		33	28	0comp.		
				18/03/2008 12:21:30	18/03/2008	25/04/2008	38	0		38	42	4comp.		
			A/637896	25/04/2008 15:42:46	25/04/2008	09/06/2008	45	4		45	42	1comp.		
				09/06/2008 14:33:55	09/06/2008	16/07/2008	37	1		37	42	6comp.		
			A/711627	16/07/2008 15:02:20	16/07/2008	19/08/2008	34	6		34	28	0comp.		
				21/08/2008 11:00:00	21/08/2008	29/09/2008	39	0		39	42	3comp.		
				29/09/2008 13:16:04	29/09/2008	07/11/2008	39	3		39	42	6comp.		
			A/831033	12/11/2008 12:01:29	12/11/2008	23/12/2008	41	1		41	42	2comp.		
				29/12/2008 11:14:11	29/12/2008	04/02/2009	37	0		37	42	5comp.		
			A/916899	05/02/2009 15:54:16	05/02/2009	17/03/2009	40	4		40	42	6comp.		
				18/03/2009 12:04:45	18/03/2009	28/04/2009	41	5		41	42	6comp.		



1 - diferença de dias entre o atendimento e o reatendimento. (2) Saldo com o paciente no dia do atendimento. (3) Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. (4) Atendimento por medicamento substituído. (5) Saldo anterior desprezado.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
RS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA
Prescrição: Histórico Paciente / Medicamento

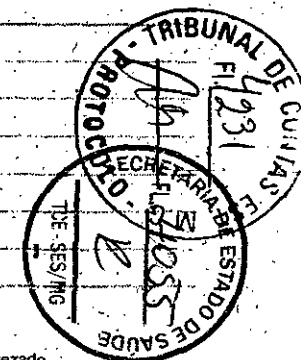


65.588.956-68 - ANITA PIGNATARO GUIERO

Sexo: F Idade: 101A 2 M 17 D

Medicamento: 11151258 donepezila 10 mg comp.

de	Farmácia	Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias ¹	Saldo ² Anterior	Requisitado	Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
			28/04/2009 16:01:30	28/04/2009	10/06/2009	43	6	43	42	5 comp.			
		A/1047169	10/06/2009 11:50:33	10/06/2009	23/07/2009	43	5	43	42	4 comp.			
			24/07/2009 13:21:08	24/07/2009	03/09/2009	41	3	41	42	4 comp.			
		A/1142813	04/09/2009 13:51:57	04/09/2009	15/10/2009	41	3	41	42	4 comp.			
			16/10/2009 13:14:54	16/10/2009	30/11/2009	45	3	45	42	0 comp.			
			30/11/2009 12:24:37	30/11/2009	19/01/2010	50	0	50	56	6 comp.			
		A/1298662	19/01/2010 13:10:04	19/01/2010	01/03/2010	41	6	41	40	5 comp.			
		A/1348620	01/03/2010 15:18:00	01/03/2010	05/04/2010	35	5	35	30	0 comp.			
		A/1445295	06/04/2010 12:59:42	06/04/2010	04/05/2010	28	0	28	30	2 comp.			
			04/05/2010 15:48:55	04/05/2010	14/06/2010	41	2	41	40	1 comp.			
			14/06/2010 14:12:17	14/06/2010	23/07/2010	39	1	39	40	2 comp.			
		A/1589089	23/07/2010 11:26:31	23/07/2010	03/09/2010	42	2	42	40	0 comp.			
			03/09/2010 11:02:29	03/09/2010	21/10/2010	48	0	48	50	2 comp.			
		A/1688904	21/10/2010 12:11:30	21/10/2010	01/12/2010	41	2	41	40	1 comp.			
			01/12/2010 13:18:55	01/12/2010	12/01/2011	42	1	42	50	9 comp.			
		A/1785021	14/01/2011 11:54:29	14/01/2011	22/02/2011	39	7	39	40	8 comp.			
			22/02/2011 13:14:53	22/02/2011	28/03/2011	34	8	34	30	4 comp.			
			30/03/2011 15:56:10	30/03/2011	05/05/2011	36	2	36	40	6 comp.			
		A/1922624	05/05/2011 12:52:16	05/05/2011	08/06/2011	34	6	34	28	0 comp.			
			08/06/2011 12:39:18	08/06/2011	18/07/2011	40	0	40	40	0 comp.			
			18/07/2011 15:21:54	18/07/2011	25/08/2011	38	0	38	40	2 comp.			
		A/2063964	25/08/2011 11:01:06	25/08/2011	06/10/2011	42	2	42	42	2 comp.			
			06/10/2011 12:59:39	06/10/2011	04/11/2011	29	2	29	28	1 comp.			
		A/2151873	03/11/2011 15:29:30	03/11/2011	01/12/2011	28	2	28	28	2 comp.			
			01/12/2011 16:14:26	01/12/2011	02/01/2012	32	2	32	30	0 comp.			
			02/01/2012 16:10:17	02/01/2012	01/02/2012	30	0	30	30	0 comp.			
		A/2272699	02/02/2012 16:33:36	02/02/2012	07/03/2012	34	0	34	42	8 comp.			
			14/03/2012 12:40:10	14/03/2012	13/04/2012	30	1	30	30	1 comp.			
			12/04/2012 15:45:07	12/04/2012	21/05/2012	39	2	39	42	5 comp.			



(1) Idade de dias entre o atendimento e o reatendimento. (2) Saldo com o paciente no dia do atendimento. (3) Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. (4) Atendimento por medicamento substituído. (5) Saldo anterior desprezado.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
RS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA



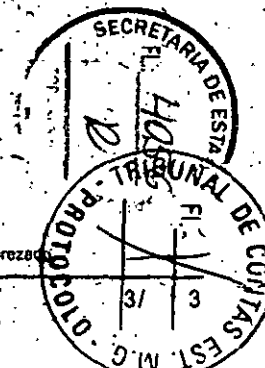
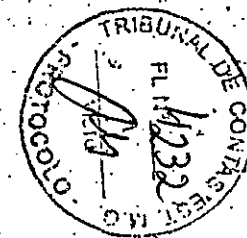
Prescrição: Histórico Paciente / Medicamento

65.588.956-68 - ANITA PIGNATARO GUIERO

Sexo: F Idade: 101A 2: M 17: D

Medicamento: 11151258 donepezila 10 mg comp.

Idade	Farmácia	Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias ¹	Saldo ²		Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
							Anterior	Requisitado					
		A/2430417	28/05/2012 16:01:06	28/05/2012	04/07/2012	37	0	37	42	5comp.			
		A/2525920	06/08/2012 17:12:35	06/08/2012	03/09/2012	28	0	28	28	0comp.			
			03/09/2012 17:02:53	03/09/2012	01/10/2012	28	0	28	28	0comp.			
			01/10/2012 13:50:57	01/10/2012	08/11/2012	38	0	38	42	4comp.			
		A/2658728	08/11/2012 14:38:23	08/11/2012	10/12/2012	32	4	32	28	0comp.			
			26/12/2012 14:10:50	26/12/2012	25/01/2013	30	0	30	30	0comp.			
		A/2784893	06/02/2013 15:48:37	06/02/2013	07/03/2013	29	0	29	30	1comp.			
		A/2825970	07/03/2013 13:37:19	07/03/2013	04/04/2013	28	1	28	80	3comp.			
			04/04/2013 17:21:14	04/04/2013	02/05/2013	28	3	28	30	5comp.			
			06/05/2013 14:26:29	06/05/2013	08/06/2013	31	1	31	30	0comp.			
		A/2954709	06/06/2013 16:19:28	06/06/2013	04/07/2013	28	0	28	30	2comp.			



(1) Idade de dias entre o atendimento e o reatendimento. (2) Saldo com o paciente no dia do atendimento. (3) Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. (4) Atendimento por medicamento substituto. (5) Saldo anterior desprezado.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
RS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA



Prescrição: Histórico Paciente / Medicamento.

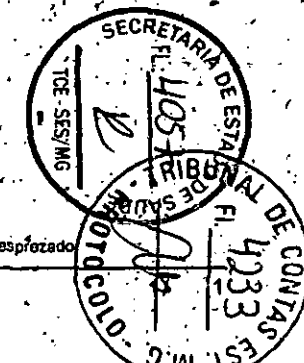
79.082.916-00 - ANTONIO FERREIRA LAGE

Sexo: M Idade: 102A 7 M 13 D

Medicamento: 11151258 donepezila 10 mg comp.

Uf	Farmácia	Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias	Saldo ²		Atendido ⁴	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
							Anterior	Requisitado					
BH	FARBH01	A/1880920	04/04/2011 14:18:06	04/04/2011	10/05/2011	36	0	36	42	6comp.			
			12/05/2011 19:14:30	12/05/2011	27/06/2011	46	4	46	42	0comp.			
		A/2028809	30/06/2011 15:01:38	30/06/2011	29/07/2011	29	0	29	30	1comp.			
			29/07/2011 18:41:27	29/07/2011	19/09/2011	52	1	52	56	5comp.			
		A/2137545	21/09/2011 18:35:37	21/09/2011	21/10/2011	30	3	30	28	1comp.			
			21/10/2011 11:48:55	21/10/2011	21/11/2011	31	1	31	42	12comp.			
		A/2280360	25/11/2011 16:29:42	25/11/2011	26/12/2011	31	8	31	30	7comp.			
			24/01/2012 16:55:23	24/01/2012	23/02/2012	30	0	30	30	0comp.			
		A/2400771	23/02/2012 16:10:11	23/02/2012	22/03/2012	28	0	28	30	2comp.			
			22/03/2012 19:09:41	22/03/2012	27/04/2012	36	2	36	40	6comp.			
		A/2556839	07/05/2012 18:34:06	07/05/2012	13/06/2012	37	0	37	42	5comp.			
			21/06/2012 18:57:56	21/06/2012	23/07/2012	32	0	32	42	10comp.			
		A/2651766	26/07/2012 17:44:33	26/07/2012	27/08/2012	32	7	32	28	3comp.			
			27/08/2012 17:45:27	27/08/2012	26/09/2012	30	3	30	28	1comp.			
		A/2824411	03/10/2012 17:49:21	03/10/2012	01/11/2012	29	0	29	42	13comp.			
			05/11/2012 19:22:02	05/11/2012	11/12/2012	36	9	36	28	1comp.			
		A/2824411	10/12/2012 20:16:14	10/12/2012	04/01/2013	25	2	25	30	7comp.			
			21/01/2013 18:58:29	21/01/2013	15/02/2013	25	0	25	30	5comp.			
		A/2824411	08/03/2013 17:36:32	08/03/2013	03/04/2013	28	0	28	30	2comp.			
			18/04/2013 17:04:49	18/04/2013	13/05/2013	25	0	25	30	5comp.			
			10/05/2013 19:24:15	10/05/2013	17/06/2013	38	8	38	30	0comp.			

(1) diferença de dias entre o atendimento e o reatendimento. (2) Saldo com o paciente no dia do atendimento. (3) Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. (4) Atendimento por medicamento substituído. (5) Saldo anterior desprezado.

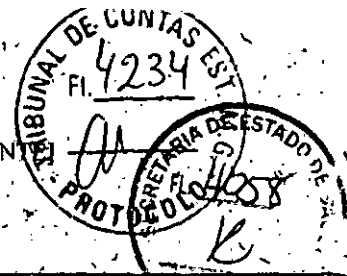




SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



27908291600 A2260360



27908291600 ANTONIO FERREIRA LAGE

SEXO: M - IDADE: 102A 7M 6D

Receita: A/2260360 (24/01/2012) Atendimento: 22/03/2012 Validade LME/Receita: 31/03/2012

Prescritor: CPF: 98535692649 - FREDERICO GOMES L. DE FARIA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R1602

		Quantidade			Excesso Atual
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	
1)	4 blister				
	ZILEDON 10 mg blister 10 comp. - SANDOZ S.A.				
	donepezila 10 mg comp.				
		2	36	40	6 comp.

Document: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA.

Reatendimento na farmácia **27/04/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **19:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

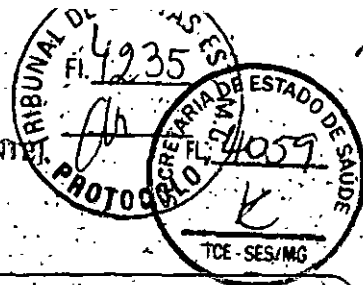
Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



27908291600 A2400771

27908291600 ANTONIO FERREIRA LAGE

SEXO: M IDADE: 102A 7M 6D

Receita: A/2400771 (07/05/2012) Atendimento: 26/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor CPF: 98535692649 - FREDERICO GOMES L. DE FARIA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

SENHA
D1765

Protocolo:

	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
2 blister				
ERANZ 10mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL				
donepezila 10 mg comp.	7	32	28	3 comp.

22/08

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **27/08/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **19:15**

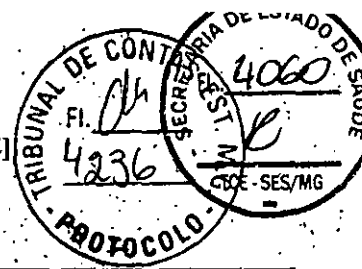
O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

**Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos**

Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS.



04407761636 AZ529072

04407761636 CARLOS JUNIO DE OLIVEIRA

SEXO: M IDADE: 33A 0M 0D.

Receita: A/2529072 (08/08/2012) Atendimento: 20/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 02928240683 - CLAUDIA RIBEIRO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
D0767

			Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1)	5 blister	MYFORTIC 360mg blister 10 comp. reves. - NOVARTIS micofenolato sódico 360 mg comp. reves.	72	116	50	6 comp. reves.
2)	5 blister	CICLOSPORINA 100mg blister 5 cáps. micro. - SIGMA FARMA ciclosporina 100 mg cáps. micro.	36	58	25	3 cáps. micro.
	1 frasco	SIGMATRIOL 0,25mcg frasco 30 cáps. - SIGMA FARMA calcitriol 0,25 mcg cáps.	0	29	30	1 cáps.
4)	8 fr. amp.	ALFAEPOETINA 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. - OSWALDO CRUZ epoetina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	0	32000	32000	0 UI
TERMOLABEL			0	32000	32000	0 UI

Carlos Junio de Oliveira

Documentos: _____ Nome: _____ Visto: _____

Reatendimento na farmácia **18/09/2012** - **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **10:45**

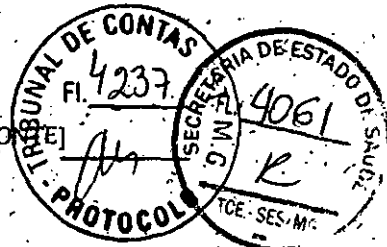
O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BÉLO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BÉLO HORIZONTE)



FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



09554097646 A2431355

09554097646 CONCEICAO BATISTA DOS SANTOS

SEXO: F IDADE: 93A 2M 9D

Receita: A/2431355 (29/05/2012) Atendimento: 27/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor CRF: 21677719672 - MARIA APARECIDA DA S BRAGA DOS SANTOS

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA

R1105

	Quantidade	Excesso Anterior			Excesso Atual		
		Requisitado	Atendido	Excesso	Requisitado	Atendido	Excesso
1) 2 blister ERANZ 10mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL donepezila 10 mg comp.		1	28	28	1 comp.		

Conceicao Batista dos Santos

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **24/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **14:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.

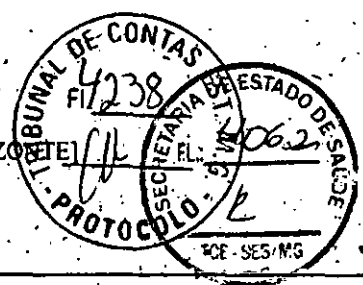
Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BÉLO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



09554097646 A2554492

09554097646 CONCEIÇÃO BATISTA DOS SANTOS SEXO: F IDADE: 93A 2M 9D
 Receita: A/2554492 (24/08/2012) Atendimento: 24/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012
 Prescritor CPF: 21677719672 - MARIA APARECIDA DA S BRAGA DOS SANTOS
 Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA SENHA
 Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS R1275
 Protocolo:

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
11	3 blister		ERANZ 10mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL		
			1	34	42
					9 comp.

Conceição Batista dos Santos

Reatendimento na farmácia **27/09/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **14:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
 Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)

TRIBUNAL DE CONTA
 4239
 SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
 4063
 M.G.
 TCE-SES/MG
 PROTOCOLO



15611043615 A2155086

15611043615 ELIANE CONSTANÇE DE SOUZA

SEXO: F IDADE: 63A 11M 3D

Receita: A/2155086 (07/11/2011) Atendimento: 13/01/2012 Validade LME/Receita: 31/01/2012

Prescritor CPF: 32832443672 - ADRIANA DE FATIMA SANTOS MEIRA

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

R323

Protocolo:

1)	27 blister	CLOZAPINA 25 mg blister 10 comp. - LAFEPE	Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
		clozapina 25 mg comp.	9	272	270	7 comp.

Documento: _____ Nome: *Eliane Constança de Souza* Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **16/02/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **09:15**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____

Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



15611043615 A2417595



15611043615 ELIANE CONSTANCE DE SOUZA

SEXO: F IDADE: 63A 11M 3D

Receita: A/2417595 (18/05/2012). Atendimento: 20/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor CPF: 32832443672 - ADRIANA DE FATIMA SANTOS MEIRA

Serviço: ASPAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

SENHA
R311

Protocolo:

	Quantidade		Excesso Atual
	Excesso Anterior	Requisitado	

1)	7 blister	CLOZAPINA 100 mg blister 10 comp. - LAFEPE			
		clozapina 100 mg comp.			

	0	64	70	6 comp.
--	---	----	----	---------

Documento: _____ Nome: Key Roberto de Souza Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **21/08/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparcimento **09:15**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____

Email: _____



SÉCRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

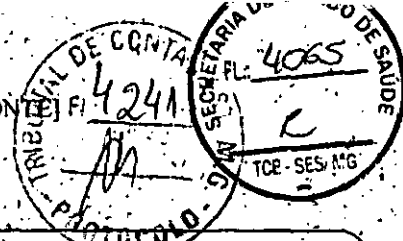
GRS - BELO HORIZONTE

SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)

FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



15611043615 A2546603



15611043615 ELIANE CONSTANCE DE SOUZA

SEXO: F IDADE: 63A 11M 3D

Receita: A/2546603 (21/08/2012) Atendimento: 21/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 32832443672 - ADRIANA DE FATIMA SANTOS MEIRA

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA

E329

	Quantidade	Excesso Anterior			Requisitado			Atendido			Excesso Atual		
1) 6 blister	CLOZAPINA 100 mg blister 10 comp. - LAFEPE												
	clozapina 100 mg comp.												
		6			60			60				6 comp.	

Handwritten signature

Reatendimento na farmácia **20/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **09:15**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

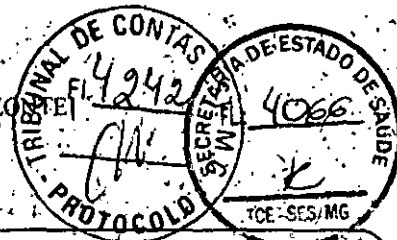
Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FIGHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



01420801600 A2310545

01420801600 FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES

SEXO: M IDADE: 102A 10M 29D

Receita: A/2310545 (02/03/2012) Atendimento: 02/04/2012 Validade LME/Receita: 31/05/2012

Prescritor/CPF: 58634096653 - NADIA GUIMARAES CARVALHO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED. DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R917

	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
[1] 4 blister				
ERANZ 5mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL				
donepezila 5 mg comp.	8	62	56	2 comp.

Francisco de Assis Rodrigues

Reatendimento na farmácia **03/05/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **13:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE

SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]

FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



01420801600 A2436980



01420801600 FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES

SEXO: M IDADE: 102A 10M 29D

Receita: A/2436980 (04/06/2012) Atendimento: 03/08/2012 Validade LME/Receita: 31/08/2012

Prescritor CPF: 58634096653 - NADIA GUIMARAES CARVALHO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
E0616

	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1] 5 blister				
ERANZ 5mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL				
donepezila 5 mg comp.	0	64	70	6 comp.



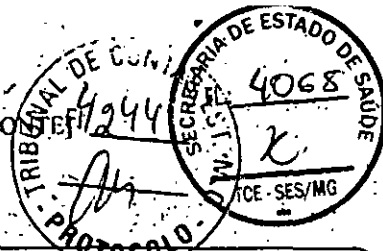
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE.

SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)

FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



01420801600 A2436980



01420801600 FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES

SEXO: M IDADE: 102A 10M 29D

Receita: A/2436980 (04/06/2012) Atendimento: 03/08/2012 Validade LME/Receita: 31/08/2012

Prescritor CPF: 58634095653 - NADIA GUIMARAES CARVALHO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
E0616

[1]	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
5 blister		64	70	6 comp.
ERANZ 5mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL				
donepezila 5 mg comp.				

[Handwritten signature]

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **04/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **08:45**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

**Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos**

Informações (SAC): _____

Email: _____

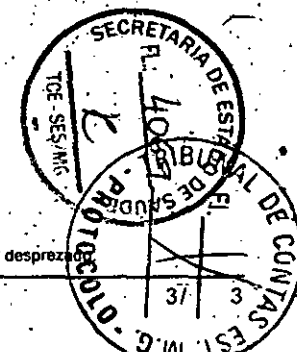
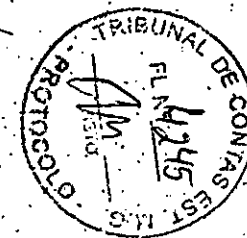


14.208.016-00 - FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES

Sexo: M Idade: 102A 11 M 5 D

Medicamento: 11151234 donepezila 5 mg comp.

de	Farmácia	Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias ¹	Saldo ² Anterior	Requisitado	Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
			29/06/2011 11:31:25	29/06/2011	04/08/2011	36	9	72	70	7comp.			
	A/2042258		09/08/2011 10:47:58	09/08/2011	23/09/2011	45	0	90	90	0comp.			
			26/09/2011 09:28:52	26/09/2011	26/10/2011	30	0	60	60	0comp.			
			26/10/2011 10:03:18	26/10/2011	24/11/2011	29	0	58	60	2comp.			
	A/2180383		24/11/2011 09:36:46	24/11/2011	21/12/2011	27	2	54	60	8comp.			
			21/12/2011 09:25:17	21/12/2011	20/01/2012	30	8	60	60	8comp.			
			20/01/2012 08:52:33	20/01/2012	24/02/2012	35	8	70	70	8comp.			
	A/2310545		02/03/2012 09:43:10	02/03/2012	02/04/2012	31	0	62	70	8comp.			
			02/04/2012 12:41:59	02/04/2012	03/05/2012	31	8	62	56	2comp.			
			03/05/2012 12:50:26	03/05/2012	04/06/2012	32	2	64	70	8comp.			
	A/2436980		04/06/2012 09:43:28	04/06/2012	04/07/2012	30	8	60	56	4comp.			
			05/07/2012 10:44:27	05/07/2012	03/08/2012	29	2	58	56	0comp.			
			03/08/2012 12:09:00	03/08/2012	04/09/2012	32	0	64	70	6comp.			
	A/2565331		04/09/2012 09:16:34	04/09/2012	09/10/2012	35	6	70	70	6comp.			
			09/10/2012 09:06:20	09/10/2012	09/11/2012	31	6	62	56	0comp.			



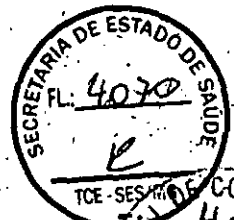
¹idade de dias entre o atendimento e o reatendimento. ² Saldo com o paciente no dia do atendimento. ³ Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. ⁴ Atendimento por medicamento substituto. ⁵ Saldo anterior desprezado.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



02436540659 A2468577



02436540659 JOSE DA CRUZ SANTIAGO

SEXO: M. IDADE: 86 9M 40

Receita: A/2468577 (25/06/2012) Atendimento: 24/08/2012 Validade LME/Receita: 31/08/2012

Prescritor CPF: 04834605671 - LUCIANA RODRIGUES DA CUNHA

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
D1661

	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
(1) 3 blister ERANZ 10mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL donepezila 10 mg comp.	0	35	42	7 comp.

Documento: _____ Nome: X Jose da Cruz Santiago Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **28/09/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **18:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



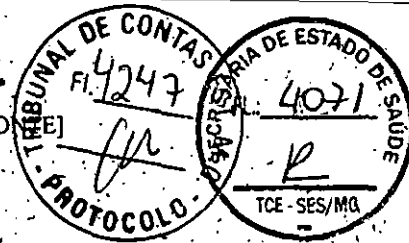
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELÓ HORIZONTE

SERVICO DE FARMACIA [FARMACIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]

FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



02436540659 A2468577



02436540659 JOSE DA CRUZ SANTIAGO

SEXO: M IDADE: 86A 9M 4D

Receita: A/2468577 (25/06/2012) Atendimento: 24/07/2012 Validade LME/Receita: 31/08/2012

Prescritor CPF: 04834605671 - LUCIANA RODRIGUES DA CUNHA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

R1656

Protocolo:

	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1) 1 blister ERANZ 10mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL donepezila 10 mg comp.				
	13	27	14	0 comp.

X José da Cruz Santiago

Reatendimento na farmácia **20/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **18:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

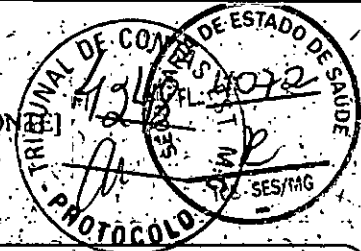
Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)



FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

38028336604 MARIA CYRENE DE MEDEIROS

SEXO: F IDADE: 77A 9M 27D

Receita: A/2396559 (03/05/2012) Atendimento: 30/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor: CPF: 29850086890 - RAFAEL ALEXANDRE DE B MARTINS

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

SENHA
D1655

Protocolo:

Quantidade	Excesso Anterior				Requisitado				Atendido				Excesso Atual			
2 blister	ERANZ 10mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL				donepezila 10 mg comp.											
	2				29				28				1 comp.			

Maria Cyrene de Medeiros

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **28/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **18:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____

Email: _____



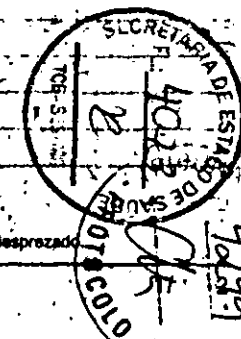
80.283.366-04 - MARIA CYRENE DE MEDEIROS

Sexo: F - Idade: 77 A 10 M 3 D

Medicamento: 11151258 donepezila 10 mg comp.

de Farmácia	Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias	Saldo ² Anterior	Requisitado	Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
BH FARBH01	A/1540628	16/06/2010 14:04:14	16/06/2010	30/07/2010	44	0	44	50	6 comp.			
		30/07/2010 14:43:40	30/07/2010	08/09/2010	40	6	40	40	6 comp.			
	A/1638557	09/09/2010 16:45:05	09/09/2010	18/10/2010	39	5	39	40	6 comp.		09/09/2010 16:48:19	
		09/09/2010 16:48:26	09/09/2010	28/10/2010	49	5	49	50	6 comp.			
		28/10/2010 18:23:23	28/10/2010	30/12/2010	63	6	63	60	3 comp.			
	A/1766680	30/12/2010 16:38:35	30/12/2010	21/02/2011	53	3	53	50	0 comp.			
		21/02/2011 18:28:37	21/02/2011	01/04/2011	39	0	39	40	1 comp.			
	A/1882494	05/04/2011 11:57:48	05/04/2011	17/05/2011	42	0	42	42	0 comp.			
		17/05/2011 16:58:18	17/05/2011	01/07/2011	45	0	45	50	5 comp.			
	A/1993483	01/07/2011 18:29:30	01/07/2011	12/08/2011	42	5	42	40	3 comp.			
		12/08/2011 18:05:23	12/08/2011	23/09/2011	42	3	42	42	3 comp.			
		23/09/2011 16:43:40	23/09/2011	18/10/2011	25	3	25	28	6 comp.			
	A/2132510	18/10/2011 16:51:48	18/10/2011	17/11/2011	80	6	30	28	4 comp.			
		01/12/2011 17:15:52	01/12/2011	29/12/2011	28	0	28	30	2 comp.			
		30/12/2011 18:32:12	30/12/2011	02/02/2012	34	1	34	40	7 comp.			
	A/2270727	01/02/2012 16:41:40	01/02/2012	06/03/2012	34	8	34	30	4 comp.			
		06/03/2012 17:22:15	06/03/2012	04/04/2012	29	4	29	30	5 comp.			
		09/04/2012 18:28:53	09/04/2012	03/05/2012	24	0	24	30	6 comp.			
	A/2396559	03/05/2012 19:19:32	03/05/2012	31/05/2012	28	6	28	28	6 comp.			
		31/05/2012 16:24:06	31/05/2012	28/06/2012	28	6	28	28	6 comp.			
		28/06/2012 17:23:27	28/06/2012	26/07/2012	28	6	28	28	6 comp.			
		30/07/2012 17:57:47	30/07/2012	28/08/2012	29	2	29	28	1 comp.			
	A/2556878	27/08/2012 18:24:17	27/08/2012	26/09/2012	30	2	30	28	0 comp.			
		26/09/2012 18:00:52	26/09/2012	22/10/2012	26	0	26	28	2 comp.			
		22/10/2012 18:19:25	22/10/2012	21/11/2012	30	2	30	28	0 comp.			
	A/2677894	22/11/2012 19:46:40	22/11/2012	21/12/2012	29	0	29	42	13 comp.			
		21/12/2012 18:55:57	21/12/2012	22/01/2013	32	13	32	20	1 comp.			
		22/01/2013 17:02:33	22/01/2013	21/02/2013	30	1	30	30	1 comp.			
	A/2805118	21/02/2013 17:27:33	21/02/2013	21/03/2013	28	1	28	30	3 comp.			

Jade de dias entre o atendimento e o reatendimento. (2) Saldo com o paciente no dia do atendimento. (3) Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. (4) Atendimento por medicamento substituto. (5) Saldo anterior desprezado





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA
 Prescrição: Histórico Paciente / Medicamento

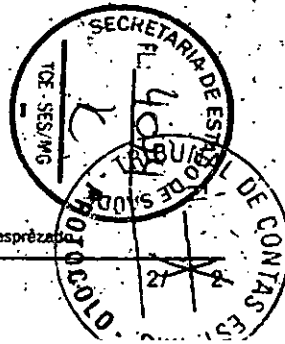
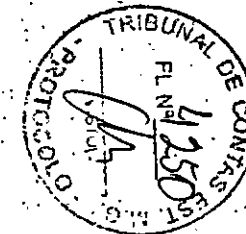


380.283.366-04 - MARIA CYRENE DE MEDEIROS

Sexo: F Idade: 77 A 10 M 3 D

Medicamento: 11151258 donepezila 10 mg comp.

ade	Farmácia	Receita	Inclusão	Atendimento	Reatendimento	Dias ¹	Saldo ² Anterior	Requisitado	Atendido	Saldo ³	Subst. ⁴	Exclusão	Desprezado ⁵
			20/03/2013 17:37:06	20/03/2013	23/04/2013	34	4	34	30	0comp.			
			24/04/2013 18:13:48	24/04/2013	22/05/2013	28	0	28	30	2comp.			
		AJ2937103	22/05/2013 18:31:19	22/05/2013	03/07/2013	42	2	42	40	0comp.			



1) Diferença de dias entre o atendimento e o reatendimento. (2) Saldo com o paciente no dia do atendimento. (3) Saldo com o paciente previsto para o dia de reatendimento. (4) Atendimento por medicamento substituto. (5) Saldo anterior desprezado.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



71589953649 MARIA DE LOURDES PACHECO MARRA

SEXO: F IDADE: 89A 11M 26D

Receita: A/2286788 (13/02/2012) Atendimento: 13/02/2012 Validade LME/Receita: 30/04/2012

Prescritor CPF: 02738930689 - CRISTIANE FRANKLIN ROCHA

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

D1526

Protocolo:

	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
1) 5 blister ERANZ 5mg blister 14 comp. - WYETH-WHITEHALL donepezila 5 mg comp.	0	64	70	6 comp.

Documento: _____ Nome: M. M. Marçal Visto: _____

Reatendimento na farmácia **16/03/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **14:45**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

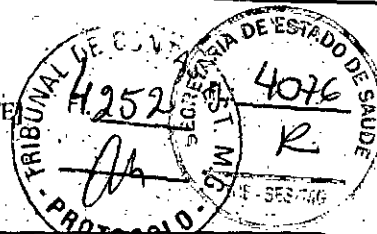
Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



04484883619 A2406741



04484883619 RODRIGO OLIVEIRA DE ALMEIDA

SEXO: M IDADE: 32A 11M 23D

Receita: A/2406741 (10/05/2012) Atendimento: 19/07/2012 Validade LME/Receita: 31/07/2012

Prescritor CPF: 01352614650 - FLAVIA MELLO SOARES

SENHA

R1676

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
11	20 blister CLOZAPINA 100 mg blister 10 comp. - LAFEPE clozapina 100 mg comp.	0	198	200	2 comp.

Rodrigo Oliveira de Almeida

Documentos: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **21/08/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **18:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



04484883619 A2548498



4484883619 RODRIGO OLIVEIRA DE ALMEIDA

SEXO: M IDADE: 32A 11M 23D

Receita: A/2548498 (21/08/2012) Atendimento: 21/08/2012 Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor-CPF: 01352614650 - FLAVIA MELLO SOARES

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R1865

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1)	18 blister CLOZAPINA 100 mg blister 10 comp. - LAPEPE clozapina 100 mg comp.				
		2	180	180	2 comp.

X Rodrigo Oliveira

Reatendimento na farmácia **20/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **18:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

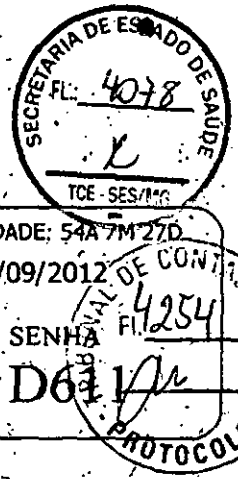
Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



47296208600 SANDRA MARIA SILVA

SEXO: F IDADE: 54A 7M 27D

Receita: A/2504629 (20/07/2012) Atendimento: 20/07/2012. Validade LME/Receita: 30/09/2012

Prescritor CPF: 00153639610 - EDUARDO VINICIUS BOTELHO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
 D61
 4254
 PROTOCOLO

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1]	13 blister MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 mg blister 10 comp. - EMS mofetila 500 mg comp.	0	128	130	2 comp.
[2]	13 blister CICLOSPORINA 100mg blister 5 cáps. micro. - SIGMA FARMA ciclosporina 100 mg cáps. micro.	0	64	65	1 cáps. micro.

Sandra Maria Silva

Reatendimento na farmácia **21/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **09:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos.

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 FL: 4079
 TCE - SES/MG



47296208600 A2504629

47296208600 SANDRA MARIA SILVA

SEXO: F IDADE: 54A 7M 27D

Receita: A/2504629 (20/07/2012) Atendimento: 27/08/2012 Validade LME/Receita: 30/09/2012 4255

Prescritor CPF: 00153639610 - EDUARDO VINICIUS BOTELHO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
 D0797
 PROTOCOLOS

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1	12 blister MICOFENOLATO DE MOFETILA 500 mg blister 10 comp. - EMS mofetila 500 mg comp.	0	112	120	8 comp.
2	12 blister CICLOSPORINA 100mg blister 5 cáps. micro. - SIGMA FARMA ciclosporina 100 mg cáps. micro.	0	56	60	4 cáps. micro.

Sandra Maria Silva

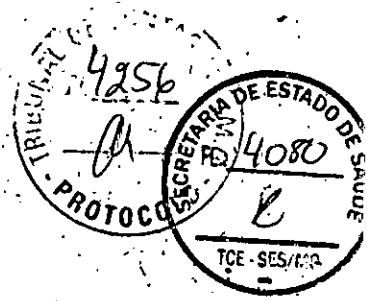
Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

Reatendimento na farmácia **24/09/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **11:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
 Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____



DOC. 10 – TABELA 3



Tabela 3 - Comprovação documental dos medicamentos relacionados no Quadro 12 e 13 – Grupo 1B e 1A



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



02910885623 A2157273

02910885623 NEUZA RODRIGUES

SEXO: F IDADE: 58A 2M 8D

Receita: A/2157272 (08/11/2011) Atendimento: 31/01/2012 Validade LME/Receita: 31/01/2012

Préscritor CPF: 04964862682 - ANDRE MAGNO DOS ANJOS

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS.

Protocolo:

	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
[1] 2 ampola				
NORIPURUM 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml - Altana				
sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml				
TERMOLABEL	0	10	10	0 ml

Documento: _____ Nome: Ediana Rodrigues Louco Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia: **28/02/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparcimento **08:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

**Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos**

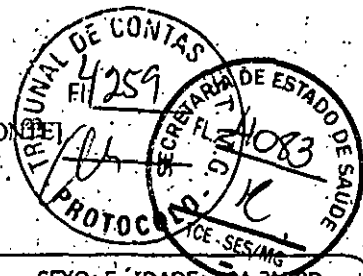
Informações (SAC): _____ Email: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



02910885623 A2512140



02910885623 NEUZA RODRIGUES

SEXO: F IDADE: 30A 2M 8D

Receita: A/2512140 (26/07/2012) Atendimento: 26/07/2012 Validade LME/Receita: 30/09/2012

Prescritor: CPF: 75876337668 - JANE CORREA FONSECA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

		Quantidade			
		Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1]	4 fr. amp. ALFAEPOETINA 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. - OSWALDO CRUZ epoetina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.				
TERMOLABEL		0	16000	16000	0 UI

Neuza Rodrigues Lourenço

Reatendimento na farmácia **23/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **15:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

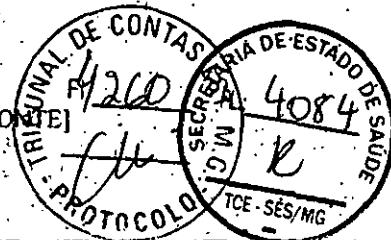
Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



02910885623 A2512140

02910885623 NEUZA RODRIGUES

SEXO: F IDADE: 58A 2M.8D

Receita: A/2512140 (26/07/2012) Atendimento: 23/08/2012 Validade LME/Receita: 30/09/2012

Prescritor CPF: 75876337668 - JANE CORREA FONSECA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1] 4 fr. amp. ALFAEPOETINA 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. - OSWALDO CRUZ epoëtina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	0	16000	16000	0 UI
TERMOLABEL				

Lidiane Rodrigues Louco

Reatendimento na farmácia **24/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **15:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

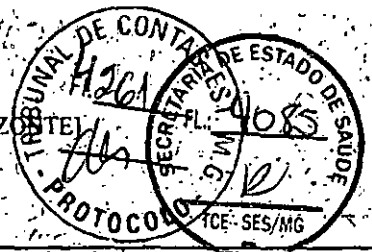
GRS - BELO HORIZONTE

SERVICO DE FARMACIA (FARMACIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)

FICHA TECNICA DE DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS



00847488691 - A2296428



00847488691 RAYMUNDO NONATO VELOSO

SEXO: M. IDADE: 78A 0M 10D

Receita: A/2296428 (17/02/2012) Atendimento: 17/02/2012 Validade LME/Receita: 30/04/2012

Prescritor CPF: 56301391691 - FABIO CESAR DE PAULA

Serviço: AS FAR ASSISTENCIA FARMACÊUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

R1431

Protocolo:

	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
1) 9 fr. amp. ALFAEPOETINA 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. - BLAUSIEGEL epoëtina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	0	27000	27000	0 UI
TERMOLABEL				

Reatendimento na farmácia **21/03/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **14:15**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

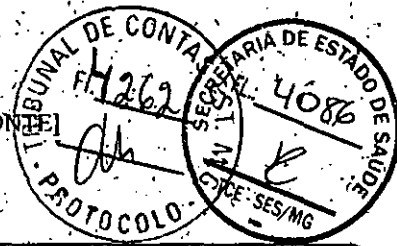
Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



00847488691 A2296428

00847488691 RAYMUNDO NONATO VELOSO

SEXO: M IDADE: 78A 0M 10D

Receita: A/2296428 (17/02/2012) Atendimento: 22/03/2012 Validade LME/Receita: 30/04/2012

Prescritor: CPF: 56301391691 - FÁBIO CESAR DE PAULA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

D1106

Protocolo:

	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1] 10 fr. amp. ERITROMAX 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. 3.000 UI - BLAUSIEGEL epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.				
TERMOLABEL	0	30000	30000	0 UI

Reatendimento na farmácia **25/04/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **15:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
 Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



00847488691 RAYMUNDO NONATO VELOSO SEXO: M IDADE: 78A 0M 10D
 Receita: A/2296428 (17/02/2012) Atendimento: 27/04/2012 Validade LME/Receita: 30/04/2012
 Prescritor, CPF: 56301391691 - FABIO CESAR DE PAULA
 Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA SENHA
 Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS **D1515**
 Protocolo:

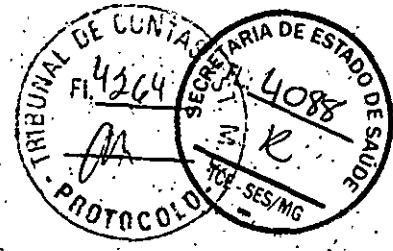
	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1] 9 fr. amp. ERITROMAX 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. 3.000 UI - BLAUSIEGEL				
epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.				
TERMOLABEL	0	27000	27000	0 UI

Documento: _____ Nome: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **30/05/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **15:15**
 O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
Trazer Nova LME/Receita.
Confira seus medicamentos

Informações (SAC): _____ Email: _____



DOC. 10 – TABELA 4

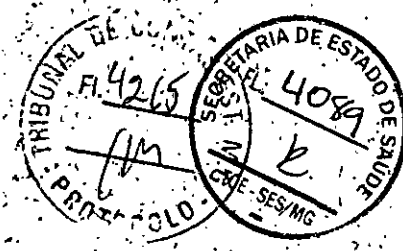


Tabela 4 – Relatório de Atendimento, por paciente, no ano de 2012.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE

Serviço de Farmácia

Histórico de Medicamentos por Paciente



Unidade: GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE

Farmácia: Todas

Agenda: Todas

Tipo Adm: AB

Serviço: Todos

Paciente: 13194780697 - JOAQUIM LOPES RIBEIRO FILHO

CID:

Especialidade: Todas

Protocolo: Todos

Classificação: Todas

Medicamento: Todos

Período: 01/01/2012 a 31/12/2012



Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Dispensada	Faturada	APAC
13194780697	JOAQUIM LOPES RIBEIRO FILHO	26/08/1952	M	BELO HORIZONTE				
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE							
11165838	olanzapina 10 mg comp.							
29/02/2012	30 comp.				35 comp.	29 comp.	3111209657369	
11/06/2012	28 comp.				28 comp.	30 comp.	3112203357813	
24/09/2012	29 comp.				30 comp.	30 comp.	3112206216680	
26/10/2012	34 comp.				35 comp.	31 comp.	3112209115653	

Total de Pacientes: 1

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA

Histórico de Medicamentos por Paciente



Unidade : GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE

Farmácia : Todas

Agenda : Todas

Tipo Adm : AB

Serviço : Todos

Paciente : 01119215625 - MARIA DA CONCEICAO GOMES FERREIRA

CID :

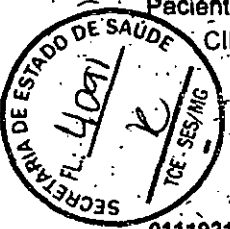
Especialidade : Todas

Protocolo : Todos

Classificação : Todas

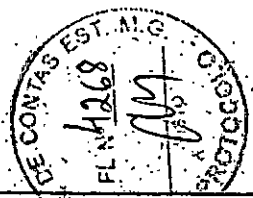
Medicamento : Todos

Período : 01/01/2012 a 31/12/2012



Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Faturada	APAC
					Dispensada		
01119215625	MARIA DA CONCEICAO GOMES FERREIRA	24/09/1931	F	BELO HORIZONTE			
G300	DOENCA DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOCE						
11153647	galantamina ER 24 mg cáps. lib. pro.						
10/08/2012	39 cáps. lib. pro.				42 cáps. lib. pro.	31 cáps. lib. pro.	3112204363752
18/09/2012	30 cáps. lib. pro.				28 cáps. lib. pro.	30 cáps. lib. pro.	3112207876833
18/10/2012	27 cáps. lib. pro.				28 cáps. lib. pro.	31 cáps. lib. pro.	3112208676808
14/11/2012	36 cáps. lib. pro.				42 cáps. lib. pro.	30 cáps. lib. pro.	3112209644709
20/12/2012	35 cáps. lib. pro.				28 cáps. lib. pro.	31 cáps. lib. pro.	3112209644709
G301	DOENCA DE ALZHEIMER DE INICIO TARDIO						
11153657	galantamina ER 16 mg cáps. lib. pro.						
17/01/2012	31 cáps. lib. pro.				42 cáps. lib. pro.	31 cáps. lib. pro.	3112200347168
17/02/2012	39 cáps. lib. pro.				28 cáps. lib. pro.	29 cáps. lib. pro.	3112200347168
27/03/2012	37 cáps. lib. pro.				42 cáps. lib. pro.	31 cáps. lib. pro.	3112202389110
03/05/2012	29 cáps. lib. pro.				28 cáps. lib. pro.	28 cáps. lib. pro.	3112202389110

Total de Pacientes: 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA



Histórico de Medicamentos por Paciente

Unidade: GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE

Especialidade: Todas

Farmácia: Todas

Protocolo: Todos

Agenda: Todas

Classificação: Todas

Tipo Adm: AB

Medicamento: Todos

Serviço: Todos

Período: 01/01/2012 a 31/12/2012

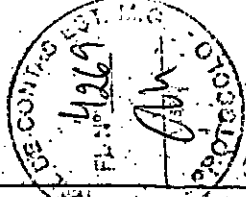
Paciente: 06558895668 - ANITA PIGNATARO GUIERO



CID

Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Dispensada	Faturada	APAC
06558895668 ANITA PIGNATARO GUIERO		24/03/1912	F	BELO HORIZONTE				
G300	DOENÇA DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOCE							
11151258	donepezila 10 mg comp.							
02/01/2012	30 comp.				30 comp.	31 comp.	3112200028773	
12/04/2012	39 comp.				42 comp.	30 comp.	3112200905759	
28/05/2012	37 comp.				42 comp.	31 comp.	3112204204945	
06/08/2012	28 comp.				28 comp.	31 comp.	3112206335997	
03/09/2012	28 comp.				28 comp.	30 comp.	3112207319738	
01/10/2012	38 comp.				42 comp.	31 comp.	3112208180202	
26/12/2012	30 comp.				30 comp.	31 comp.	3112208180202	

Total de Pacientes: 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA



Histórico de Medicamentos por Paciente.

Unidade : GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE

Especialidade : Todas

Farmácia : Todas

Protocolo : Todos

Agenda : Todas

Classificação : Todas

Tipo Adm : AB

Medicamento : Todos

Serviço : Todos

Período : 01/01/2012 a 31/12/2012

Paciente : 27908291600 - ANTONIO FERREIRA LAGE



CID :

Nascimento : 28/10/1910
 Sexo : M
 Cidade : BELO HORIZONTE

Dispensação	Prescrita	Quantidade	Faturada	APAC
27908291600, ANTONIO FERREIRA LAGE				
G300	DOENÇA DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOZE			
11151258	donepezila 10 mg comp.			
24/01/2012	30 comp.	30 comp.	30 comp.	3112200536423
22/03/2012	36 comp.	40 comp.	31 comp.	3112201375570
26/07/2012	32 comp.	28 comp.	31 comp.	3112203619899
27/08/2012	30 comp.	28 comp.	31 comp.	3112207086538
03/10/2012	29 comp.	42 comp.	31 comp.	3112208246180
10/12/2012	25 comp.	30 comp.	31 comp.	3112208246180

Tótal de Pacientes: 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA
Histórico de Medicamentos por Paciente



Unidade : GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE
Farmácia : Todas
Agenda : Todas
Tipo Adm : AB
Serviço : Todos
Paciente : 01420801600 - FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES

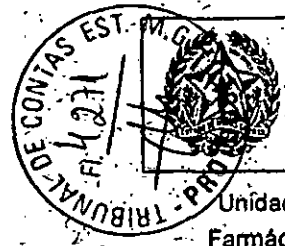
Especialidade : Todas
Protocolo : Todos
Classificação : Todas
Medicamento : Todos
Período : 01/01/2012 a 31/12/2012

GID:



Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Faturada	APAC
01420801600 - FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES G300 - DOENÇA DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOCE 11151234 donepezila 5 mg comp.		06/07/1910	M	BELO HORIZONTE			
20/01/2012	70 comp.				70 comp.	62 comp.	3112200438006
02/04/2012	62 comp.				56 comp.	60 comp.	3112202598712
03/05/2012	64 comp.				70 comp.	62 comp.	3112203491617
05/07/2012	58 comp.				56 comp.	62 comp.	3112203491617
03/08/2012	64 comp.				70 comp.	62 comp.	3112206295649
09/10/2012	62 comp.				56 comp.	62 comp.	3112206295649

Total de Pacientes: 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA
 Histórico de Medicamentos por Paciente



Unidade : GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE

Especialidade : Todas

Farmácia : Todas

Protocolo : Todos

Agenda : Todas

Classificação : Todas

Tipo Adm : AB

Medicamento : Todos

Serviço : Todos

Período : 01/01/2012 a 31/12/2012

Paciente : 12232446603 - ISABELA DE AQUINO CUNHA

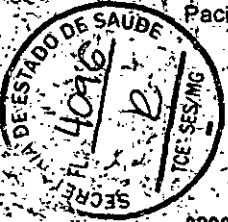
CID

[Empty box for CID]



Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade		Faturada	APAC
					Dispensada	Faturada		
12232446603 ISABELA DE AQUINO CUNHA								
- E228. OUTRAS HIPERFUNCÕES DA HIPOFÍSE								
1129016X leupromrelina 3,75 mg/ml pó p/sol. inj. fr. amp. 2 ml								
06/01/2012	2 ml	06/07/2001	F	RIBEIRAO DAS NEVES	2 ml		1 fr. amp.	3112200121756
01/02/2012	2 ml				2 ml		1 fr. amp.	3112200880371

Total de Pacientes : 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA



Histórico de Medicamentos por Paciente

Unidade: GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - BELO HORIZONTE

Farmácia: Todas

Agenda: Todas

Tipo Adm: AB

Serviço: Todos

Paciente: 38028336604 - MARIA CYRENE DE MEDEIROS

CID:

Especialidade: Todas

Protocolo: Todos

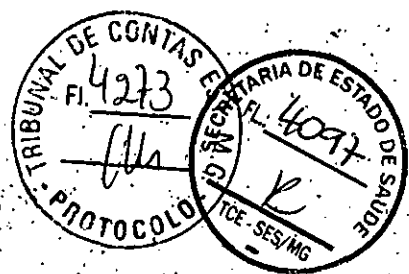
Classificação: Todas

Medicamento: Todos

Período: 01/01/2012 a 31/12/2012

Dispenção	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Faturada	APAC
38028336604	MARIA CYRENE DE MEDEIROS	07/08/1935	F	BELO HORIZONTE			
G300	DOENÇA DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOCE						
11151258	donepezila 10 mg comp.						
01/02/2012	34 comp.				30 comp.	29 comp.	3111209450470
06/03/2012	29 comp.				30 comp.	31 comp.	3112201823577
09/04/2012	24 comp.				30 comp.	30 comp.	3112202700849
30/07/2012	29 comp.				28 comp.	31 comp.	3112203498283
27/08/2012	30 comp.				28 comp.	31 comp.	3112207087286
26/09/2012	26 comp.				28 comp.	30 comp.	3112208137588
22/10/2012	30 comp.				28 comp.	31 comp.	3112208805244
21/12/2012	32 comp.				20 comp.	31 comp.	3112210038133

Total de Pacientes: 1



DOC. 10 – TABELA 5

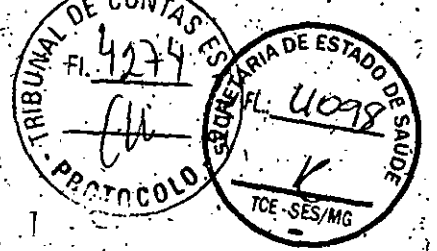
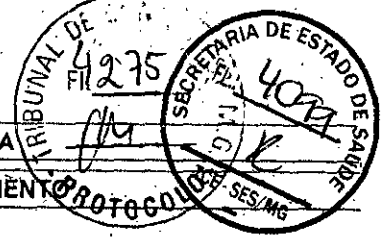


Tabela 5- Comprovantes de APAC



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

ANA MARIA DOS SANTOS

2 - CNS

1.61285.7852800-07

Prontuário

465.007.666-87

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.32.004-3	leflunomida 20 mg comp.
2	06.04.53.003-0	metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml
3		
4		
5		

4 - CID-10 Principal

M058

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220248588-7

4 - Vigência: 01/03/2012 a 31/03/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins

e-LME

CPF: 465.007.666-87 Nome: ANA MARIA DOS SANTOS

Sexo: F

Idade: 64A 5M 12D



DADS BH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2350081

PRESCRITOR CPF: 037.427.696-00 RENATO VARGAS CONSOLI

Prescrição: 29/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade LME: 31/05/2012

M058 - metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml (06.04.53.003-0)

M058 - leflunomida 20 mg comp. (06.04.32.004-3)

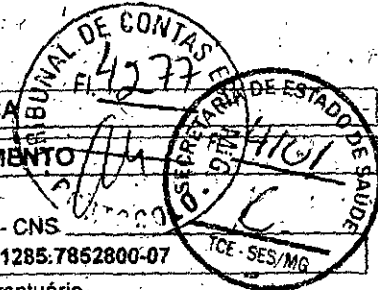




COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente

ANA MARIA DOS SANTOS

2 - CNS

1.61285.7852800-07

Prontuário

465.007.666-87

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.32.004-3	leflunomida 20 mg côm.
2	06.04.53.003-0	metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml
3		
4		
5		

4 - CID-10 Principal

M058

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

À falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220331764-1

4 - Vigência: 01/04/2012 a 30/04/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MÁRY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643
MASP 1170564-7

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 465.007.666-87 Nome: ANA MARIA DOS SANTOS

Sexo: F

Idade: 64

APAC: 311220248588-7 Emitida em: 29/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2350081

PRESCRITOR CPF: 037.427.696-00-RENATO VARGAS CONSOLI

Prescrição: 29/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SIME: 31/05/2012

M058 - Jeflunomida 20 mg comp. (06.04.32.004-3)

M058 - metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml (06.04.53.003-0)

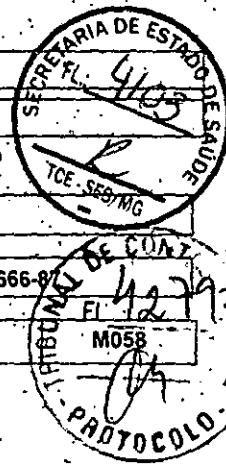




COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
 ANA MARIA DOS SANTOS

2 - CNS
 1.61285.7852800-07

3 - Código(s) / Medicamento(s)	
1	06.04.32.004-3 Ieflunomida 20 mg comp.
2	06.04.53.003-0 metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml
3	
4	
5	

Prontuário
 465.007.666-8

4 - CID-10 Principal
 M058

5 - DEFERIMENTO
 A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO
 à falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
 DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
 Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
 Ausência de documentação 1 2 3 4 5
 Ausência de exame 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO
 A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5
 Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
 Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento
 CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.
 SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220408289-0

4 - Vigência: 01/05/2012 a 31/05/2012

5 - Nome do autorizador
 LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
 385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins

Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 11643

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 465.007.666-87

Nome: ANA MARIA DOS SANTOS

Sexo: F

Idade: 64 ANOS 12D

APAC: 311220331764-1 Emitida em: 27/04/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADS BH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

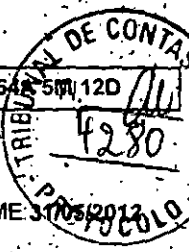
Receita: A/2350081

PRESCRITOR CPF: 037.427.696-00-RENATO VARGAS CONSOLI

Prescrição: 29/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME: 31/05/2012

M058 - leflunomida 20 mg comp. (06.04.32.004-3)

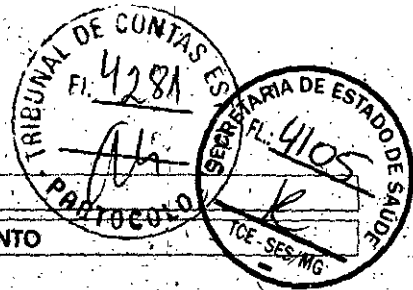
M058 - metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml (06.04.53.003-0)





SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente ANA MARIA DOS SANTOS		2 - CNS 1.61285.7852800-07	
3 - Código(s) / Medicamento(s)		Prontuário 465.007.666-87	
1	06.04.32.004-3	leflunomida 20 mg cómp.	
2	06.04.53.003-0	metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml	
3			
4			
5			

<p>4 - CID-10 Principal</p> <p>M058</p>	<p>6 - Observação</p>
---	-----------------------

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador	12 - Data da avaliação	15 - Assinatura e carimbo do avaliador
13 - Documento	14 - Nº documento	
<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS		

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

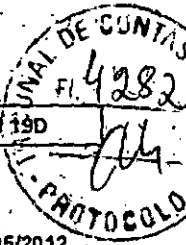
2 - Especificação

3 - Número da APAQ: **311220487208-4**

4 - Vigência: **01/06/2012 a 30/06/2012**

5 - Nome do autorizador LILLY MARY HADDAD MARTINS	6 - Data da autorização / /	9 - Assinatura e carimbo do autorizador <i>Lilly Mary Haddad Martins</i>
7 - Documento	8 - Nº documento 385.431.926-68	Lilly M. Haddad Martins CRF MG 11643 MA SP 1170564 / CNS 898.002.961.450.685
<input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS		

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

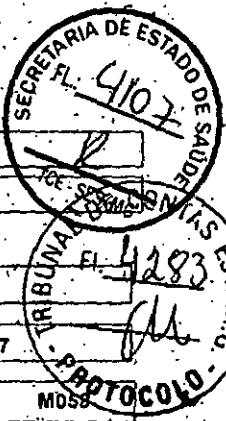


CPF: 465.007.666-87 Nome: ANA MARIA DOS SANTOS Sexo: F Idade: 64A 5M 19D
APAC: 311220408289-0 Emitida em: 24/05/2012 Autorizador CPF: 217.639.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS
DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA Receita: A/2350081
PRESCRITOR CPF: 037.427.696-00-RENATO VARGAS CONSOLI Prescrição: 29/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME: 31/05/2012
M058 - leflunomida 20 mg comp. (06.04.32.004-3)
M058 - metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml (06.04.53.003-0)

e-LME

CPF: 465.007.666-87 Nome: ANA MARIA DOS SANTOS Sexo: F Idade: 64A 5M 19D
DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA Receita: A/2463916
PRESCRITOR CPF: 037.427.696-00-RENATO VARGAS CONSOLI Prescrição: 21/06/2012 Consulta: 31/08/2012 Validade LME: 31/08/2012
M058 - metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml (06.04.53.003-0)
M058 - leflunomida 20 mg comp. (06.04.32.004-3)





COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente ANA MARIA DOS SANTOS		2 - CNS 1.61285.7852800-07
3 - Código(s) / Medicamento(s)		Prontuário 465.007.666-87
1	06.04.32.004-3 leflunomida 20 mg comp.	4 - CID-10 Principal M05B
2	06.04.53.003-0 metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml	
3		
4		
5		

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	8 - Especificação
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	10 - Especificação	
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	2 - Especificação
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

3 - Número da APAC: **311220581705-0**

4 - Vigência: **01/07/2012 a 31/07/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MÁRY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento CPF CNS

8 - Nº documento
395.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 11643
 MASP 1170564-7
 CNS 898.002.961.450.685

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS



CPF: 465.007.666-87 Nome: ANA MARIA DOS SANTOS Sexo: F Idade: 64A 5M 18D

APAC: 311220487208-4 Emitida em: 22/06/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2463916

PRESCRITOR CPF: 037.427.696-00-RENATO VARGAS CONSOLI

Prescrição: 21/06/2012 Consulta: 31/08/2012 Validade SME: 31/08/2012

M058 - leflunomida 20 mg comp. (06.04.32.004-3)

M058 - metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml (06.04.53.003-0)



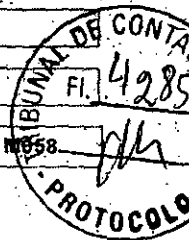


COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente ANA MARIA DOS SANTOS		2 - CNS 1.61285.7852800-07	
3 - Código(s) / Medicamento(s)		Prontuário 465.007.666-87	
1	06.04.32.004-3	leflunomida 20 mg comp.	4 - CID-10 Principal N958
2	06.04.53.003-0	metotrexato 25 mg/ml sol. injetável fr. amp. 2 ml.	
3			
4			
5			



5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	8 - Especificação
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	10 - Especificação					
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	2 - Especificação
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

3 - Número da APAC: **311220673737-6**

4 - Vigência: **01/08/2012 a 31/08/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

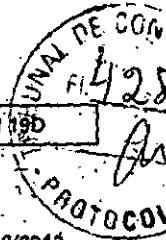
9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
 Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 11643
 MASP 1170564-7
 CNS - 898.002.961.450.685

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS



CPF: 465.007.666-87

Nome: ANA MARIA DOS SANTOS

Sexo: F

Idade: 64A 5M 19D

APAC : 311220581705-0 Emitida em : 23/07/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Recetta : A/2463916

PRESCRITOR CPF: 037.427.696-00-RENATO VARGAS CONSOLI

Prescrição: 21/06/2012 Consulta: 31/08/2012 Validade SME: 31/08/2012

M058 - leflunomida 20 mg comp. (06.04.32.004-3)

M058 - metotrexato 25 mg/ml sol. Injetável fr. amp. 2 ml (06.04.53.003-0)





COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
BRUNO ALVES FERREIRA

2 - CNS
8.98000.5999928-18

3 - Código(s) / Medicamento(s)	
1	06.04.32.006-0 micofenolato sódico 180 mg comp. reves.
2	06.04.32.007-8 micofenolato sódico 360 mg comp. reves.
3	06.04.32.008-6 sirolimus 1 mg drág.
4	06.04.32.009-4 sirolimus 2 mg drág.
5	

Prontuário
044.076.226-01

4 - CID-10 Principal
Z930

5 - DEFERIMENTO
 A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOUÇÃO
 Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
 DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO
 A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador
 12 - Data da avaliação
 13 - Documento CPF CNS
 14 - Nº documento

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador:
 SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220051378-5**
 4 - Vigência: **01/01/2012 a 31/03/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS
 6 - Data da autorização
 9 - Assinatura e carimbo do autorizador
Lilly Mary Haddad Martins

7 - Documento CPF CNS
 8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
 (011) 3116-6700

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 044.076.226-01

Nome: BRUNO ALVES FERREIRA

Sexo: M

Idade: 33A 5M 20D

APAC: 311120976143-0 Emitida em: 03/01/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2146540

PRESCRITOR CPF: 989.840.986-04-RICARDO DE CASTRO GONTIJO

Prescrição: 28/10/2011 Consulta: 31/12/2011 Validade SME 31/12/2011

Z940 - sirolimus 1 mg drág. (06.04.32.008-6)

Z940 - sirolimus 2 mg drág. (06.04.32.009-4)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2147135

PRESCRITOR CPF: 989.840.986-04-RICARDO DE CASTRO GONTIJO

Prescrição: 31/10/2011 Consulta: 31/12/2011 Validade SME 31/12/2011

Z940 - micofenolato sódico 180 mg comp. reves. (06.04.32.006-0)

Z940 - micofenolato sódico 360 mg comp. reves. (06.04.32.007-8)

e-LME

CPF: 044.076.226-01

Nome: BRUNO ALVES FERREIRA

Sexo: M

Idade: 33A 5M 20D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2259557

PRESCRITOR CPF: 989.840.986-04-RICARDO DE CASTRO GONTIJO

Prescrição: 24/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade LME: 31/03/2012

Z940 - sirolimus 2 mg drág. (06.04.32.009-4)

Z40 - micofenolato sódico 360 mg comp. reves. (06.04.32.007-8)

Z0 - sirolimus 1 mg drág. (06.04.32.008-6)

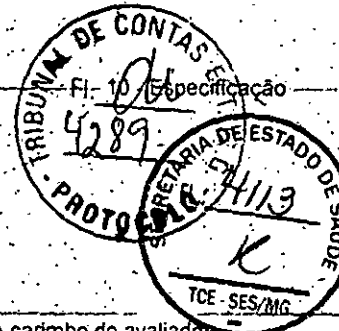
Z40 - micofenolato sódico 180 mg comp. reves. (06.04.32.006-0)



A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado
- Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
- Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5



11 - Nome do avaliador _____ 12 - Data da avaliação _____ 15 - Assinatura e carimbo do avaliador _____

13 - Documento CPF CNS _____ 14 - Nº documento _____

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador:

SIM 1 2 3 4 5

NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação _____

3 - Número da APAC: **311220248631-6** 4 - Vigência: **01/03/2012 a 31/03/2012**

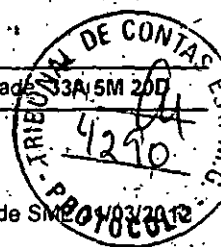
5 - Nome do autorizador: **LY MARY HADDAD MARTINS** 6 - Data da autorização: _____ 9 - Assinatura e carimbo do autorizador _____

7 - Documento CPF CNS _____ 8 - Nº documento: **385.431.926-68**

Lilly M. Haddad Martins
 (CRF MG. 11043)

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 044.076.226-01	Nome: BRUNO ALVES FERREIRA	Sexo: M	Idade: 34/5M 200
APAC: 311220051378-5	Emitida em: 24/01/2012	Autorizador CPF: 217.539.466-20	LILLY MARY HADDAD MARTINS
DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA		Receita: A/2259557	
PRESCRITOR CPF: 989.840.986-04 RICARDO DE CASTRO GONTIJO		Prescrição: 24/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SMC	
Z940 - micofenolato sódico 180 mg comp. reves. (06.04.32.006-0)			
Z940 - micofenolato sódico 360 mg comp. reves. (06.04.32.007-8)			
Z940 - sirolimus 1 mg drág. (06.04.32.008-6)			
Z940 - sirolimus 2 mg drág. (06.04.32.009-4)			





COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

BRUNO ALVES FERREIRA

2 - CNS

8.98000.5999928-18

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.32.006-0	micofenolato sódico 180 mg comp. revés.
2	06.04.32.007-8	micofenolato sódico 360 mg comp. revés.
3	06.04.32.008-6	sirolimus 1 mg drág.
4	06.04.32.009-4	sirolimus 2 mg drág.
5		

Prontuário

044.076.226-01

4 - CID-10 Principal

Z940

6 - Observação

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

7 - DEVOLUÇÃO

há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220345050-0

4 - Vigência: 01/05/2012 a 31/05/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

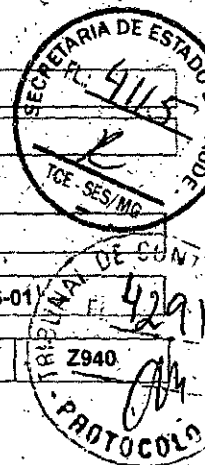
7 - Documento

 CPF CNS

8 - Nº documento

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643



e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS



CPF: 044.076.226-01 Nome: BRUNO ALVES FERREIRA Sexo: M Idade: 33A 5M 20D
APAC: 311220248631-6 Emitida em: 29/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS
DADSBH: ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA Receita: A/2259557
PRESCRITOR CPF: 989.840.986-04-RICARDO DE CASTRO GONTIJO Prescrição: 24/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade LME: 31/03/2012

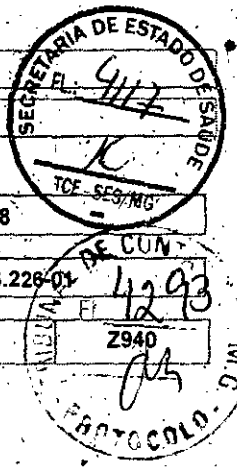
Z940 - micofenolato sódico 180 mg comp. reves. (06.04.32.006-0)
Z940 - micofenolato sódico 360 mg comp. reves. (06.04.32.007-8)
Z940 - sirolimus 1 mg drág. (06.04.32.008-6)
Z940 - sirolimus 2 mg drág. (06.04.32.009-4)

e-LME

CPF: 044.076.226-01 Nome: BRUNO ALVES FERREIRA Sexo: M Idade: 33A 5M 20D
DADSBH: ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA Receita: A/2391993
PRESCRITOR CPF: 989.840.986-04-RICARDO DE CASTRO GONTIJO Prescrição: 02/05/2012 Consulta: 31/07/2012 Validade LME: 31/07/2012

Z940 - sirolimus 2 mg drág. (06.04.32.009-4)
Z940 - micofenolato sódico 180 mg comp. reves. (06.04.32.006-0)
Z940 - sirolimus 1 mg drág. (06.04.32.008-6)
Z940 - micofenolato sódico 360 mg comp. reves. (06.04.32.007-8)





COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente
BRUNO ALVES FERREIRA

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.32.006-0	micofenolato sódico 180-mg comp. reves.
2	06.04.32.007-8	micofenolato sódico 360 mg comp. reves.
3	06.04.32.008-6	sirolimus 1 mg drág.
4	06.04.32.009-4	sirolimus 2 mg drág.
5		

2 - CNS
8.98000.5999928-18

Prontuário
044.076.226-01

4 - CID-10 Principal
Z940

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

EVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5

Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5

Ausência de documentação 1 2 3 4 5

Ausência de exame 1 2 3 4 5

Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

CID-10 não padronizado

Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5

Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5

Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

13 - Documento CPF CNS

14 - Nº documento

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

SIM 1 2 3 4 5

NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220443571-4**

4 - Vigência: **01/06/2012 a 30/06/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

7 - Documento CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

6 - Data da autorização
1 / 1

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

Lilly Mary Haddad Martins

Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 14662

APAC : 311220345050-0 Emitida em : 08/05/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita : AJ2391993

PRESCRITOR CPF: 989.840.986-04-RICARDO DE CASTRO GONTIJO

Prescrição: 02/05/2012. Consulta: 31/07/2012. Validade SME 31/07/2012

Z940 - micofenolato sódico 180 mg comp. reves. (06.04.32.006-0)

Z940 - micofenolato sódico 360 mg comp. reves. (06.04.32.007-8)

Z940 - sirolimus 1 mg drág. (06.04.32.008-6)

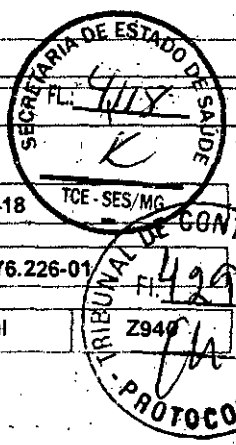
Z940 - sirolimus 2 mg drág. (06.04.32.009-4)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
BRUNO ALVES FERREIRA

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.32.006-0	micofenolato sódico 180 mg comp. reves.
2	06.04.32.007-8	micofenolato sódico 360 mg comp. reves.
3	06.04.32.008-6	sirolimus 1 mg drág.
4	06.04.32.009-4	sirolimus 2 mg drág.
5		

2 - CNS
8.98000.5999928-18

Prontuário
044.076.226-01

4 - CID-10 Principal
Z940

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

à falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Preenchimento incompleto: 1 2 3 4 5

Preenchimento incorreto: 1 2 3 4 5

Ausência de documentação: 1 2 3 4 5

Ausência de exame: 1 2 3 4 5

Outros: 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

CID-10 não padronizado

Medicamento não padronizado: 1 2 3 4 5

Não preenche critérios PCDT: 1 2 3 4 5

Outros: 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

13 - Documento CPF CNS

14 - Nº documento

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

SIM 1 2 3 4 5

NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220535956-0**

4 - Vigência: **01/07/2012 a 31/07/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643

APAC: 311220443571-4 Emitida em: 11/06/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2391993

PRESCRITÓR CPF: 989.840.986-04-RICARDO DE CASTRO GONTIJO

Prescrição: 02/05/2012 Consulta: 31/07/2012 Validade SME 31/07/2012

Z940 - micofenolato sódico 180 mg comp. reves. (06.04.32.006-0)

Z940 - micofenolato sódico 360 mg comp. reves. (06.04.32.007-8)

Z940 - sirolimus 1 mg drág. (06.04.32.008-6)

Z940 - sirolimus 2 mg drág. (06.04.32.009-4)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

RUNO DENER MARCAL SILVA

2 - CNS

8.98001.1565799-39

3 - Código(s) / Medicamento(s)

06.04.47.002-9	epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
06.04.47.003-7	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.

Prontuário

061.898.776-2

4 - CID-10 Principal

N180

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Na falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

OLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220024379-0

4 - Vigência: 01/01/2012 a 31/01/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

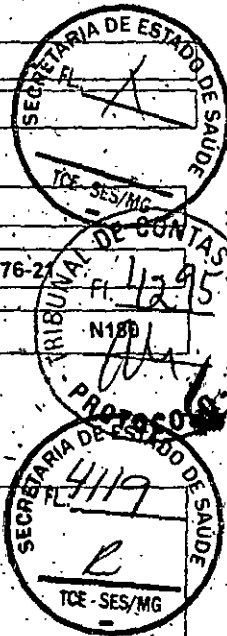
7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins



Atualizada em: 31/10/2011 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2086982

PRESCRITOR CPF: 789.326.026-20-JABNY JORGE DORNELAS

Prescrição: 13/09/2011 Consulta: 30/11/2011 Validade SME 30/11/2011

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

e-LME

CPF: 061.898.776-21 Nome: BRUNO DENER MARCAL SILVA

Sexo: M

Idade: 28A 11M-0D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2244192

PRESCRITOR CPF: 039.345.526-25-JULIANA GAZZI MACEDO

Prescrição: 12/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade LME: 31/03/2012

N180 - epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.002-9)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2244192 (Alterada)

PRESCRITOR CPF: 039.345.526-25-JULIANA GAZZI MACEDO

Prescrição: 12/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade LME: 31/03/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

IRUNO DENER MARCAL SILVA

2 - CNS

8.98001.1565799-39

3 - Código(s) / Medicamento(s)

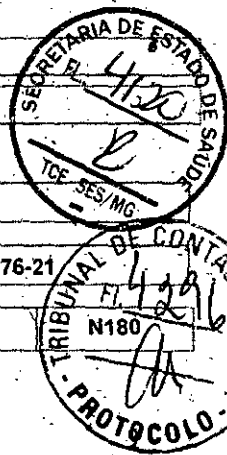
1	06.04.47.003-7	epoëtina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário

061.898.776-21

4 - CID-10 Principal

N180



5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

/DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

alta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

/OLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

/INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração; pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220303350-0

4 - Vigência: 01/04/2012 a 30/04/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
CRE MG 11643
11.10564-7

APAC : 311220186973-3 Emitida em : 09/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2244192

PRESCRITOR CPF: 039.345.526-25-JULIANA GAZZI MACEDO

Prescrição: 12/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

N180 - epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. Injetável fr. amp. (06.04.47.002-9)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2321316

PRESCRITOR CPF: 049.697.616-80-ISABELLA GARCIA ALVES

Prescrição: 08/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME 31/05/2012

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. Injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

e-LME

CPF: 061.898.776-21 Nome: BRUNO DENER MARCAL SILVA

Sexo: M

Idade: 28A 11M 0D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2378602 (Alterada)

PRESCRITOR CPF: 997.244.996-34-MARCELO RIBEIRO BASTOS

Prescrição : 19/04/2012 Consulta : 30/06/2012 Validade LME : 30/06/2012

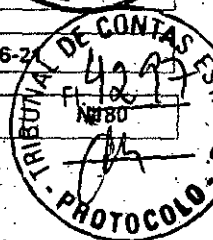
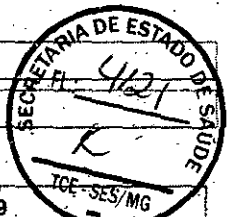
N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. Injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
BRUNO DENER MARCAL SILVA

2 - CNS
8.98001.1585799-39

3 - Código(s) / Medicamento(s)

Prontuário
061.898.776-2

1	06.04.47.003-7	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

4 - CID-10 Principal

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

- 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

...a falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
- Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
- Ausência de documentação 1 2 3 4 5
- Ausência de exame 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5
- Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
- Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador _____ 12 - Data da avaliação _____ 15 - Assinatura e carimbo do avaliador _____

13 - Documento CPF CNS _____ 14 - Nº documento _____

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador. SIM 1 2 3 4 5 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação _____

3 - Número da APAC: **311220394564-2** 4 - Vigência: **01/05/2012 a 31/05/2012**

5 - Nome do autorizador: **LILLY MARY HADDAD MARTINS** 6 - Data da autorização: _____ 9 - Assinatura e carimbo do autorizador: _____

7 - Documento CPF CNS _____ 8 - Nº documento: **385.431.926-68**

Lilly Mary Haddad Martins
 Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 11643

APAC : 311220303350-0 Emitida em : 24/04/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2321316

PRESCRITOR CPF: 049.697.616-80-ISABELLA GARCIA ALVES

Prescrição: 08/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME 31/05/2012

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2378602 (Alterada)

PRESCRITOR CPF: 997.244.996-34-MARCELO RIBEIRO BASTOS

Prescrição: 19/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade SME 30/06/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

e-LME

CPF: 061.898.776-21

Nome: BRUNO DENER MARCAL SILVA

Sexo: M

Idade: 28A 11M 0D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2378602

PRESCRITOR CPF: 997.244.996-34-MARCELO RIBEIRO BASTOS

Prescrição: 19/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade LME: 30/06/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

BRUNO DENER MARCAL SILVA

2 - CNS

8.98001.1565799-39

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.47.003-7	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário

061.898.776-21

4 - CID-10 Principal

FL. N130

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
- Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
- Ausência de documentação 1 2 3 4 5
- Ausência de exame 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5
- Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
- Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
- NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220487163-3

4 - Vigência: 01/06/2012 a 30/06/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

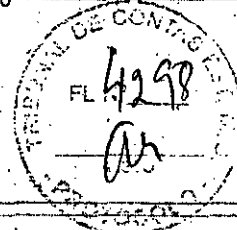
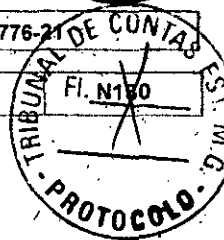
7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins



APAC: 311220394564-2 Emitida em: 22/05/2012 Autorizador CPF: 211.539.400-20

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2378602

PRESCRITOR CPF: 997.244.996-34 MARCELO RIBEIRO BASTOS

Prescrição: 19/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade SME 30/06/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

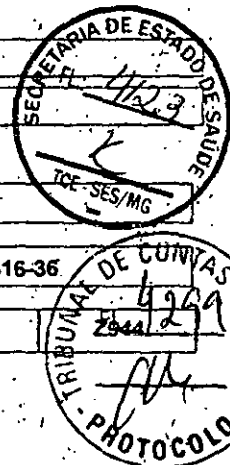
N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5,ml (06.04.26.001-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente CARLOS JUNIO DE OLIVEIRA		2 - CNS 8.01434.1572761-03
3 - Código(s) / Medicamento(s)		Prontuário 044.077.616-36
1	06.04.34.002-8	ciclosporina 25 mg cáps. micro:
2	06.04.34.003-6	ciclosporina 50 mg cáps. micro:
3		
4		
5		
		4 - CID-10 Principal Z04.0

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

EVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração; pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220251279-3**

4 - Vigência: **01/03/2012 a 31/03/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador
Lilly Mary Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643
MASP 1170564-7
CNS 898.002.961.450.685

7 - Documento CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

APAC: 311220251278-2 Emitida em: 30/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DAOSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2295774

PRESCRITOR CPF: 027.808.056-17-ANDRE BARRETO PEREIRA

Prescrição: 17/02/2012 Consulta: 30/04/2012 Validade SME 30/04/2012

N250 - calcitriol 0,25 mcg cáps. (06.04.62.003-9)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente CARLOS JUNIO DE OLIVEIRA		2 - CNS 8.01434.1572761-03
3 - Código(s) / Medicamento(s)		Prontuário 044.077.616-36
1	06.04.34.002-8	ciclosporina 25 mg cáps. micro.
2	06.04.34.003-6	ciclosporina 50 mg cáps. micro.
3		
4		
5		
		4 - CID-10 Principal Z94

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	8 - Especificação
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	10 - Especificação	
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

SIM 1 2 3 4 5

NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220345910-1**

4 - Vigência: **01/05/2012 a 31/05/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643
MASP 1170564-7
CNS - 898.002.961.450.685

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 044.077.616-36 Nome: CARLOS JUNIO DE OLIVEIRA Sexo: M Idade: 33A



APAC: 311220345909-0. Emitida em: 08/05/2012 Autortizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA Receita: A/2393784

PRESCRITOR CPF: 027.808.056-17-ANDRE BARRETO PEREIRA Prescrição: 02/05/2012 Consulta: 31/07/2012 Validade SME: 31/07/2012

N250 - - calcitriol 0,25 mcg cáps. (06.04.62.003-9)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA Receita: A/2393784 (Alterada)

PRESCRITOR CPF: 027.808.056-17-ANDRE BARRETO PEREIRA Prescrição: 02/05/2012 Consulta: 31/07/2012 Validade SME: 31/07/2012

N250 - - calcitriol 0,25 mcg cáps. (06.04.62.003-9)





COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

CARLOS JUNIO DE OLIVEIRA

2 - CNS

8.01434.1572761-03

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1 06.04.34.002-8 ciclosporina 25 mg cáps. micro.

2 06.04.34.003-6 ciclosporina 50 mg cáps. micro.

3

4

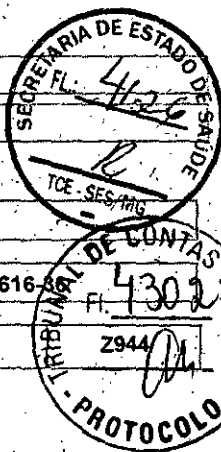
5

Prontuário

044.077.616

4 - CID-10 Principal

Z944



5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

 Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5 Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5 Ausência de documentação 1 2 3 4 5 Ausência de exame 1 2 3 4 5 Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

 CID-10 não padronizado Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5 Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5 Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

 SIM 1 2 3 4 5 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220446295-0

4 - Vigência: 01/06/2012 a 30/06/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins

CRP MG 11643

MASP 1170564-7

CNS - 898.002.961.450.685

CPAD: 311220440294-0 Emitida em: 11/06/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Recetta: A/2393784

PRESCRITOR CPF: 027.808.056-17-ANDRE BARRETO PEREIRA

Prescrição: 02/05/2012 Consulta: 31/07/2012 Validade SME 31/07/2012

N250 - calcitriol 0,25 mcg cáps. (06.04.62.003-9)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente
CARLOS JUNIO DE OLIVEIRA

2 - CNS
8.01434.1572761-03

3 - Código(s) / Medicamento(s)	
1	06.04.34.002-8 ciclosporina 25 mg cáps. micro.
2	06.04.34.003-6 ciclosporina 50 mg cáps. micro.
3	
4	
5	

Prontuário
044.077.615-36

4 - CID-10 Principal
Z94.1



5 - DEFERIMENTO
A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO
falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
 Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
 Ausência de documentação 1 2 3 4 5
 Ausência de exame 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO
A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 CID-10 não padronizado
 Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
 Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento
 CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO
1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.
 SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220538315-5** 4 - Vigência: **01/07/2012 a 31/07/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643
MASP 1170564 /
PAIC ROR 017 061 450 685

APAC: 311220538314-4 Emitida em: 09/07/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY MADDAZ MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2393784

PRESCRITOR CPF: 027.808.056-17-ANDRE BARRETO PEREIRA

Prescrição: 02/05/2012 Consulta: 31/07/2012 Validade SME 31/07/2012

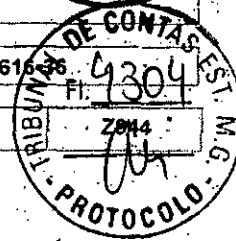
N250 - calcitriol 0,25 mcg cáps. (06.04.62.003-9)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
CARLOS JUNIO DE OLIVEIRA

2 - CNS
8.01434.1572761-03

3 - Código(s) / Medicamento(s)		
1	06.04.34.002-8	ciclosporina 25 mg cáps. micro.
2	06.04.34.003-6	ciclosporina 50 mg cáps. micro.
3		
4		
5		

Prontuário
044.077.616-36

4 - CID-10 Principal
Z014

5 - DEFERIMENTO
A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO
Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	8 - Especificação
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

9 - INDEFERIMENTO
A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	10 - Especificação	
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento
 CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.
 SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220133278-0**

4 - Vigência: **01/02/2012 a 29/02/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 044.077.616-36 Nome: CARLOS JUNIO DE OLIVEIRA

Sexo: M

Idade: 33A

PAC: 311220133277-9 Emitida em: 23/02/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

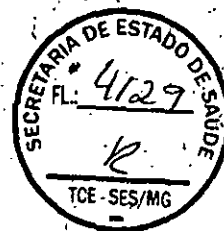
ADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2295774

RESCRITOR CPF: 027.808.056-17-ANDRÉ BARRETO PEREIRA

Prescrição: 17/02/2012 Consulta: 30/04/2012 Validade SME: 30/04/2012

N250 - calcitriol-0,25 mcg cáps. (06.04.62.003-9)

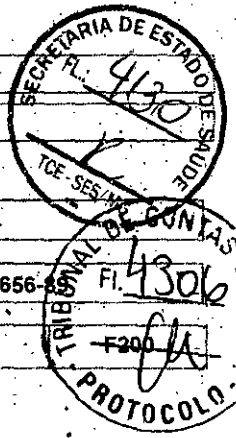




COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
CARMOSINA MOREIRA DE SOUZA

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.23.002-8	olanzapina 10 mg comp.
2	06.04.23.001-0	olanzapina 5 mg comp.
3		
4		
5		

2 - CNS
8.98001.1166177-24

Prontuário
015.636.656-85

4 - CID-10 Principal
F200

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5

Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5

Ausência de documentação 1 2 3 4 5

Ausência de exame 1 2 3 4 5

Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5

Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5

Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5

Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

13 - Documento
 CPF CNS

12 - Data da avaliação

14 - Nº documento

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

SIM 1 2 3 4 5

NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220049897-9**

4 - Vigência: **01/01/2012 a 31/01/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
 Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 11643

APAC: 311120977434-3 Emitida em: 03/01/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS.

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2146324

PRESCRITOR CPF: 002.347.236-70-GUSTAVO LUIZ DE CASTRO NUNE Prescrição: 28/10/2011 Consulta: 31/12/2011 Validade SME 31/12/2011

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)

F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)

e-LME

CPF: 015.636.656-89

Nome: CARMOSINA MOREIRA DE SOUZA

Sexo: F

Idade: 111A 0M 1D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2258371

PRESCRITOR CPF: 002.347.236-70-GUSTAVO LUIZ DE CASTRO NUNE Prescrição: 24/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade LME: 31/03/2012

F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)

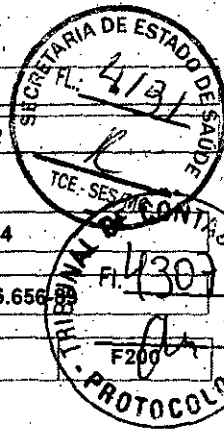
F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente

CARMOSINA MOREIRA DE SOUZA

2 - CNS

8.98001.1166177-24

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.23.002-8	olanzapina 10 mg comp.
2	06.04.23.001-0	olanzapina 5 mg comp.
3		
4		
5		

Prontuário

015.636.656-88

4 - CID-10 Principal

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLOUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

EVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220128968-1

4 - Vigência: 01/02/2012 a 29/02/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
 COF. Nº. 12345

APAC: 311220049897-9 Emitida em: 24/01/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2258371

PRESCRITOR CPF: 002.347.236-70-GUSTAVO LUIZ DE CASTRO NUNE Prescrição: 24/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME: 31/03/2012

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)

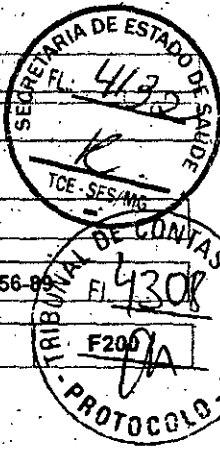
F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
CARMOSINA MOREIRA DE SOUZA

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.23.002-8	olanzapina 10 mg comp.
2	06.04.23.001-0	olanzapina 5 mg comp.
3		
4		
5		

2 - CNS
8.98001.1166177-24

Prontuário
015.636.656-8

4 - CID-10 Principal
F200

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

EVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5

Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5

Ausência de documentação 1 2 3 4 5

Ausência de exame 1 2 3 4 5

Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5

Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5

Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5

Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento
 CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

SIM 1 2 3 4 5

NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220203279-7**

4 - Vigência: **01/03/2012 a 31/03/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
 (RP) MG. 11643

APAC: 311220128968-1 Emitida em: 17/02/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2258371

PRESCRITOR CPF: 002.347.236-70-GUSTAVO LUIZ DE CASTRO NUNE Prescrição: 24/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)

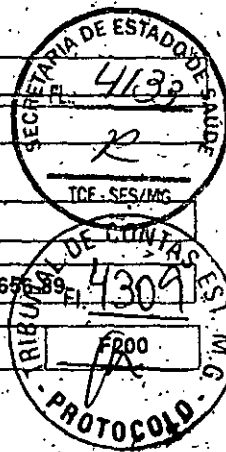
F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
CARMOSINA MOREIRA DE SOUZA

2 - CNS
8:98001.1166177-24

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.23.002-8	olanzapina 10 mg comp.
2	06.04.23.001-0	olanzapina 5 mg comp.
3		
4		
5		

Prontuário
015.636.657.899

4 - CID-10 Principal
F00

5 - DEFERIMENTO
A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO
há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
EVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
 Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
 Ausência de documentação 1 2 3 4 5
 Ausência de exame 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO
A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5
 Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
 Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento
 CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO
1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.
 SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

3 - Número da APAC: **311220280536-0**

4 - Vigência: **01/04/2012 a 30/04/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins

Lilly M. Haddad Martins

011220203279-1 Emitida em : 16/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2258371

PRESCRITOR CPF: 002.347.236-70-GUSTAVO LUIZ DE CASTRO NUNE Prescrição: 24/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)

F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)

e-LME

CPF: 015.636.656-89

Nome: CARMOSINA MOREIRA DE SOUZA

Sexo: F

Idade: 111A 0M 1D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2368182

PRESCRITOR CPF: 002.347.236-70-GUSTAVO LUIZ DE CASTRO NUNE Prescrição : 13/04/2012 Consulta : 30/06/2012 Validade LME : 30/06/2012

F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)

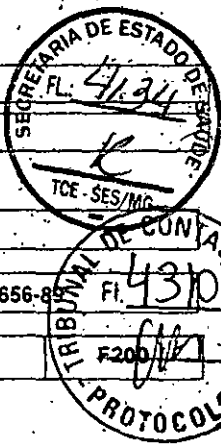
F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente

CARMOSINA MOREIRA DE SOUZA

2 - CNS

8.98001.1166177-24

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1 06.04.23.002-8 olanzapina 10 mg comp.

2 06.04.23.001-0 olanzapina 5 mg comp.

3

4

5

Prontuário

015.636.656-85

4 - CID-10 Principal

F200

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

 Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5 Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5 Ausência de documentação 1 2 3 4 5 Ausência de exame 1 2 3 4 5 Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

 CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5 Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5 Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5 Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPE CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

 SIM 1 2 3 4 5 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220446550-2

4 - Vigência: 01/06/2012 a 30/06/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11601

APAC : 311220370907-6 Emitida em: 16/05/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2368182

PRESCRITOR CPF: 002.347.236-70-GUSTAVO LUIZ DE CASTRO NUNE Prescrição: 13/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade SME 30/06/2012

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)

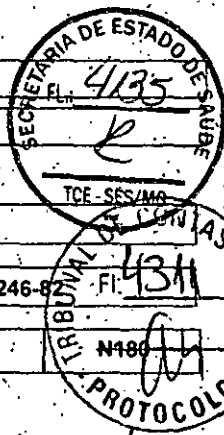
F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDÓ DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente

CLAUDIA DE JESUS BELO CAMPOS

2 - CNS

2.06129.7770000-07

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.47.004-5	epoetina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-8	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário

031.430.246-82

4 - CID-10 Principal

N180

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

...a falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPE CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220118045-1

4 - Vigência: 01/02/2012 a 29/02/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
(RE Nº. 11643)

APAC: 311220025796-9 Emitida em: 13/01/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2244410

PRESCRITOR CPF: 694.533.816-91-VALENTINA SOARES MARIANO Prescrição: 12/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. Injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

e-LME

CPF: 031.430.246-82 Nome: CLAUDIA DE JESUS BELO CAMPOS

Sexo: M

Idade: 36A 7M 7D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2289392

PRESCRITOR CPF: 694.533.816-91-VALENTINA SOARES MARIANO Prescrição: 14/02/2012 Consulta: 30/04/2012 Validade LME: 30/04/2012

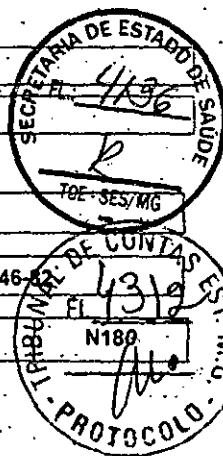
N180 - epoetina humana recómbinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.004-5)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente

CLAUDIA DE JESUS BELO CAMPOS

2 - CNS

2.06129.7770000-07

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.47.002-9	epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro-2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário

031.430.246-42

4 - CID-10 Principal

N180

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220302076-2

4 - Vigência: 01/04/2012 a 30/04/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

/ /

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRE MG 11643

APAC : 311220208244-0 Emitida em : 19/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2244410

PRESCRITOR CPF: 694.533.816-91-VALENTINA SOARES MARIANO Prescrição: 12/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

N180 -sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2289392

PRESCRITOR CPF: 694.533.816-91-VALENTINA SOARES MARIANO Prescrição: 14/02/2012 Consulta: 30/04/2012 Validade SME 30/04/2012

N180 - epoetina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.004-5)

e-LME

CPF: 031.430.246-82 Nome: CLAUDIA DE JESUS BELO CAMPOS

Sexo: M Idade: 36A 7M 7D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2376766

PRESCRITOR CPF: 694.533.816-91-VALENTINA SOARES MARIANO Prescrição : 18/04/2012 Consulta : 30/06/2012 Validade LME : 30/06/2012

N180 - epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.002-9)

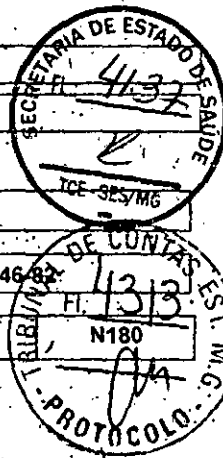
N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
CLAUDIA DE JESUS BELO CAMPOS

2 - CNS
2.06129.7770000-07

3 - Código(s) / Medicamento(s)		
1	06.04.47.002-9	epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário:
031.430.246-82

4 - CID-10 Principal
N180

5 - DEFERIMENTO
 A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO
 a falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
 DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
 Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
 Ausência de documentação 1 2 3 4 5
 Ausência de exame 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO
 A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5
 Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
 Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento
 CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO
 1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.
 SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

3 - Número da APAC: **311220392396-1**

4 - Vigência: **01/05/2012 a 31/05/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
 Lilly M. Haddad Martins
 CRP MG 11643

APAC : 311220302076-2 Emitida em : 24/04/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2376766

PRESCRITOR CPF: 694.533.816-91-VALENTINA SOARES MARIANO

Prescrição: 18/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade SME 30/06/2012

N180 - epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.002-9)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente

CLAUDIA DE JESUS BELO CAMPOS

2 - CNS

2.06129.7770000-07

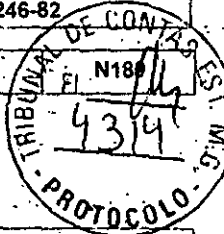
3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.47.002-9	epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	saçarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário

031.430.246-82

4 - CID-10 Principal



5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
- Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
- Ausência de documentação 1 2 3 4 5
- Ausência de exame 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado
- Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
- Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
- NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220483516-8

4 - Vigência: 01/06/2012 a 30/06/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

11/11

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

 CPF CNS

8 - Nº documento

385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
RF MG 11643

011220392390-1 Emitida em : 22/05/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2376766

PRESCRITOR CPF: 694.533.816-91-VALENTINA SOARES MARIANO

Prescrição: 18/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade SME 30/06/2012

N180 - epoetina alfa humana recombinante 2.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.002-9)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

CLAUDIA DE JESUS BELO CAMPOS

2 - CNS

2.06129.7770000-07

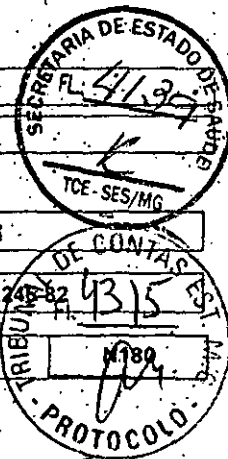
3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.47.004-5	epoetina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário

031.430.248-82

4 - CID-10 Principal



5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

EVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220208244-0

4 - Vigência: 01/03/2012 a 31/03/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins

CRF MG 11643



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



Nome do Paciente
TANISLAU MESSIAS DE OLIVEIRA SILVA

2 - CNS
8.98002.3172307-55

3 - Código(s) / Medicamento(s)	
06.04.23.004-4	quetiapina 100 mg comp. reves.
06.04.23.005-2	quetiapina 200 mg comp. reves.

Prontuário
754.468.986-72

4 - CID-10 Principal

5 - DEFERIMENTO

solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

OLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220026180-8**

4 - Vigência: **01/01/2012 a 31/01/2012**

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

CPF CNS

385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
 Lilly M. Haddad Martins
 CRE/MG 11643
 MACP 1170564-7

01120919052-5 Emitida em : 25/11/2011 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2098886

PRESCRITOR CPF: 374.282.256-04-ANTONIO JOSE GUIMARAES VIEG Prescrição: 21/09/2011 Consulta: 30/11/2011 Validade SME 30/11/2011

F203 - quetiapina 100 mg comp. revs. (06.04.23.004-4)

F203 - quetiapina 200 mg comp. revs. (06.04.23.005-2)

e-LME

CPF: 754.468.986-72 Nome: ESTANISLAU MESSIAS DE OLIVEIRA SILVA

Sexo: M

Idade: 45A 0M 29D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2244870

PRESCRITOR CPF: 374.282.256-04-ANTONIO JOSE GUIMARAES VIEG Prescrição: 12/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade LME: 31/03/2012

F208 - quetiapina 200 mg comp. revs. (06.04.23.005-2)

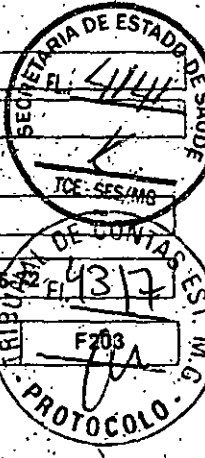
F203 - quetiapina 100 mg comp. revs. (06.04.23.004-4)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
ESTANISLAU MESSIAS DE OLIVEIRA SILVA

2 - CNS
8.98002.3172307-55

3 - Código(s) / Medicamento(s)		
1	06.04.23.004-4	quetiapina 100 mg comp. reves.
2	06.04.23.005-2	quetiapina 200 mg comp. reves.
3		
4		
5		

Prontuário
754.468.986-72

4 - CID-10 Principal
F203

5 - DEFERIMENTO
 A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO
 A falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
 DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
 Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
 Ausência de documentação 1 2 3 4 5
 Ausência de exame 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO
 A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 CID-10 não padronizado
 Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
 Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação
 1 / 1

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento
 CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO
 1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.
 SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5
 2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220224561-4** 4 - Vigência: **01/03/2012** a **31/03/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização
 1 / 1

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins
 Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 11643

311220020100-8 Emitida em: 13/01/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2244870

PRESCRITOR CPF: 374.282.256-04-ANTONIO JOSE GUIMARAES VIEG

Prescrição: 12/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

F203 - quetiapina 100 mg comp. reves. (06.04.23.004-4)

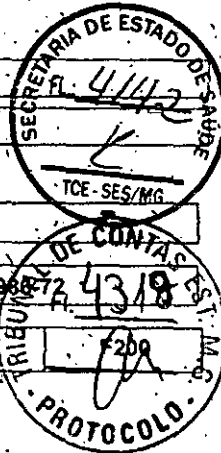
F208 - quetiapina 200 mg comp. reves. (06.04.23.005-2)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente:

ESTANISLAU MESSIAS DE OLIVEIRA SILVA

2 - CNS

8.98002.3172307-55

Prontuário

754.468.968-72

4 - CID-10.Principal

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1 06.04.23.004-4 quetiapina 100 mg comp. reves.

2 06.04.23.005-2 quetiapina 200 mg comp. reves.

3

4

5

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

 Prêenchimento incompleto 1 2 3 4 5 Prêenchimento incorreto. 1 2 3 4 5 Ausência de documentação 1 2 3 4 5 Ausência de exame 1 2 3 4 5 Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

 CID-10 não padronizado Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5 Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5 Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

 SIM 1 2 3 4 5 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220563181-0

4 - Vigência: 01/07/2012 a 31/07/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
DE AR. 11643

APAC : 311220224561-4 Emitida em : 22/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2244870

PRESCRITOR CPF: 374.282.256-04-ANTONIO JOSE GUIMARAES VIEG Prescrição: 12/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

F203 - quetiapina 100 mg comp. reves. (06.04.23.004-4)

F208 - quetiapina 200 mg comp. reves. (06.04.23.005-2)

e-LME

CPF: 754.468.986-72 Nome: ESTANISLAU MESSIAS DE OLIVEIRA SILVA

Sexo: M

Idade: 45A 0M 29D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2495137

PRESCRITOR CPF: 374.282.256-04-ANTONIO JOSE GUIMARAES VIEG Prescrição : 13/07/2012 Consulta : 30/09/2012 Validade LME : 30/09/2012

F200 - quetiapina 200 mg comp. reves. (06.04.23.005-2)

F200 - quetiapina 100 mg comp. reves. (06.04.23.004-4)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

Nome do Paciente

ANILDA CORDEIRO DE AMORIM

2 - CNS

8.01434.1549505-20

3 - Código(s) / Medicamento(s)

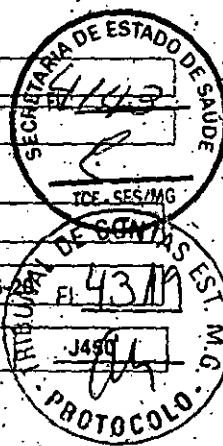
06.04.28.008-4	budesonida 200 mcg aerossol oral frasco 100 dose
06.04.04.005-9	formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose

Prontuário

402.780.506-28

4 - CID-10 Principal

J49.0



5 - DEFERIMENTO

solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220088599-2

4 - Vigência: 01/02/2012 a 29/02/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643
MAASP 1170564-7

Emissão em: 04/11/2011 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita : AJ2072407

PRESCRITOR CPF: 523.328.886-91-JOSE GERALDO FELIX SEIXAS MA Prescrição: 02/09/2011 Consulta: 30/11/2011 Validade SME 30/11/2011

J450 - budesonida 200 mcg pó p/inal. oral kit com inal. 60 dose (06.04.28.006-8)

J450 - formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose (06.04.04.005-9)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita : AJ2205416

PRESCRITOR CPF: 523.328.886-91-JOSE GERALDO FELIX SEIXAS MA Prescrição: 13/12/2011 Consulta: 29/02/2012 Validade SME 29/02/2012

J450 - budesonida 200 mcg aerossol oral frasco 100 dose (06.04.28.008-4)

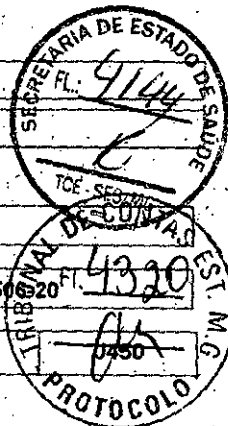
J450 - formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose (06.04.04.005-9)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



Nome do Paciente

WILDA CORDEIRO DE AMORIM

2 - CNS

8.01434.1549505-20

3 - Código(s) / Medicamento(s)

Prontuário

402.780.516320

06.04.28.006-8 budesonida 200 mcg pó p/inal. oral kit com inal. 60 dose

06.04.04.005-9 formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose

4 - CID-10 Principal

5 - DEFERIMENTO

solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

11 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
- Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
- Ausência de documentação 1 2 3 4 5
- Ausência de exame 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado
- Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
- Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
- NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220468477-6

4 - Vigência: 01/06/2012 a 30/06/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643
MASP 1170564-7

OSBH - AS FAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2316756

ESCRITOR CPF: 523.328.886-91-JOSE GERALDO FELIX SEIXAS MA Prescrição: 06/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME 31/05/2012

J450 - budesonida 200 mcg aerossol oral frasco 100 dose (06.04.28.008-4)

J450 - formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose (06.04.04.005-9)

OSBH - AS FAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2337689

ESCRITOR CPF: 523.328.886-91-JOSE GERALDO FELIX SEIXAS MA Prescrição: 20/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME 31/05/2012

J450 - budesonida 200 mcg pó p/inal. oral kit com inal. 60 dose (06.04.28.006-8)

OSBH - AS FAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2337689 (Alterada)

ESCRITOR CPF: 523.328.886-91-JOSE GERALDO FELIX SEIXAS MA Prescrição: 20/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME 31/05/2012

J450 - budesonida 200 mcg pó p/inal. oral kit com inal. 60 dose (06.04.28.006-8)

e-LME

CPF: 402.780.506-20

Nome: IVANILDA CORDEIRO DE AMORIM

Sexo: F

Idade: 57A 7M 21D

OSBH - AS FAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2455489

ESCRITOR CPF: 523.328.886-91-JOSE GERALDO FELIX SEIXAS MA Prescrição : 18/06/2012 Consulta : 31/08/2012 Validade LME : 31/08/2012

J0 - formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose (06.04.04.005-9)

J0 - budesonida 200 mcg pó p/inal. oral kit com inal. 60 dose (06.04.28.006-8)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

AURA GONTIJO DE AZEVEDO

2 - CNS

8.01434.1684927-16

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.13.002-3	donepezila 10 mg comp.
2		
3		
4		
5		

Prontuário

481.931.356-87

4 - CID-10 Principal

6301

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311120180223-6

4 - Vigência: 01/03/2011 a 31/03/2011

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

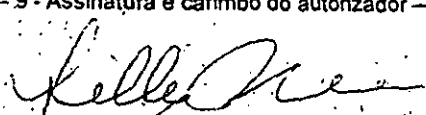
9 - Assinatura e Carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68


Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643

Cabim Branco	4 vezes
Confins	4 vezes
Contagem	2 vezes
Esmeraldas	4 vezes
Florestal	4 vezes
Ipatinga	2 vezes
Igarapé	4 vezes
Itaquara	4 vezes
Itaúcu	4 vezes
Jaboticatubas	4 vezes
Nova União	4 vezes
Juatuba	4 vezes
Lagoa Santa	2 vezes
Mario Campos	4 vezes
Mateus Leme	4 vezes
Matozinhos	4 vezes
Nova Lima	2 vezes
Pedro Leopoldo	4 vezes
Raposos	4 vezes
Ribeirão das Neves	2 vezes
Rio Acima	4 vezes
Rio Manso	4 vezes
Sabará	2 vezes
Santa Luzia	2 vezes
São Joaquim de Bicas	4 vezes
São José da Lapa	4 vezes
Sarzedo	4 vezes
Taguaçu de Minas	4 vezes
Vespasiano	2 vezes

2.4 - Reserva-se à CONTRATANTE o direito de estabelecer normas e instruções complementares visando à perfeita execução dos serviços prestados pela CONTRATADA.

2.5 - O objeto deste contrato será recebido em caráter provisório por servidor credenciado pela CONTRATANTE, o qual rejeitará, no todo ou em parte, caso esteja em desacordo com este instrumento, apresentar vícios, defeitos ou imperfeições.

2.5.1 - O servidor credenciado anotará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do contrato, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

2.6 - A CONTRATADA fica obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões do objeto até o limite legal.

2.7 - Qualquer alteração no objeto deste Contrato, quer seja reduzindo ou aumentando, será formalizada mediante Termo Aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

3.1 - O prazo contratual é de **12 (doze) meses** consecutivos, podendo ser prorrogado por Termos Aditivo em conformidade com o inciso II do art. 57 da Lei n. 8.666/93.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO CONTRATO

4.1 - O valor total deste contrato é de R\$ 1.089.000,00 (um milhão e oitenta e nove mil reais).

4.2 - Este valor corresponde ao valor final ou à respectiva proposta comercial apresentada pela CONTRATADA, documento que é parte integrante deste instrumento para todos os efeitos legais.

CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1 - As despesas e obrigações oriundas do presente contrato estão previstas no orçamento vigente.

Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves - Rodovia Prefeito Américo Gianetti - s/nº, Serra Verde - BHM/ MG Edifício Minas, 2º Andar - CEP 31.630-900



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

- Nome do Paciente

ZIA ORALDINA DA COSTA

2 - CNS

8.01434.1682576-52

Prontuário

696.595.75633 FI. 4322

4 - CID-10 Principal

M05B

3 - Código(s) / Medicamento(s)

06.04.08.002-6 hidroxiclороquina 400 mg comp. reves.

06.04.53.002-1 metotrexato 2,5 mg comp.

5 - DEFERIMENTO

solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

alta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220508920-2

4 - Vigência: 01/06/2012 a 30/06/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

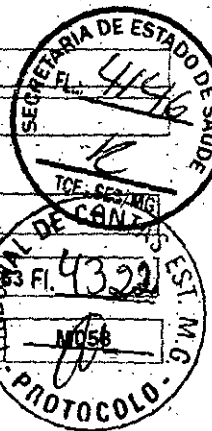
385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins

CRF MG 11643

MASP 11/0504 7

PROCOLO



emitida em : 14/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS
DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA Receita : A/2235352
PRESCRITOR CPF: 746.692.736-04-ALEXANDER GONCALVES SILVA Prescrição: 05/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012
M058 - hidroxyclorequina 400 mg comp. reves. (06.04.08.002-6)
M058 - metotrexato 2,5 mg comp. (06.04.53.002-1)

e-LME

CPF: 696.595.756-53 Nome: LUZIA ORALDINA DA COSTA Sexo: F Idade: 58A 1M 13D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA Receita : A/2470901
PRESCRITOR CPF: 746.692.736-04-ALEXANDER GONCALVES SILVA Prescrição : 27/06/2012 Consulta : 31/08/2012 Validade LME : 31/08/2012
M058 - metotrexato 2,5 mg comp. (06.04.53.002-1)
M058 - hidroxyclorequina 400 mg comp. reves. (06.04.08.002-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

Nome do Paciente

NOEL PEREIRA GOMES

2 - CNS

2.01615.6964600-09

Prontuário

081.598.406-59

4 - CID-10 Principal

Z940

3 - Código(s) / Medicamento(s)

06.04.53.001-3 azatioprina 50 mg comp.

06.04.34.002-8 ciclosporina 25 mg cáps. micro.

06.04.34.003-6 ciclosporina 50 mg cáps. micro.

6 - Observação

5 - DEFERIMENTO

solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

7 - DEVOLUÇÃO

Falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração; pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220554394-2

4 - Vigência: 01/07/2012 a 31/07/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

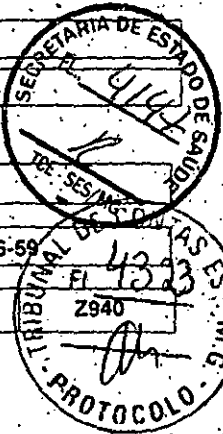
7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins

CRF MG 11643,
MASP 11705647

0112090111-2 Emitida em 04/06/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2397946

PRESCRITOR CPF: 316.549.326-04-ESTEVAM AQUINO VIOTTI

Prescrição: 04/05/2012 Consulta: 31/07/2012 Validade SME 31/07/2012

Z940 - azatioprina 50 mg comp. (06.04.53.001-3)

Z940 - ciclosporina 25 mg cáps. micro. (06.04.34.002-8)

Z940 - ciclosporina 50 mg cáps. micro. (06.04.34.003-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

- Nome do Paciente

ANOEL PEREIRA GOMES.

2 - CNS

2.01615.6964600-09

Prontuário

081.598.406-59

3 - Código(s) / Medicamento(s)

06.04.53.001-3	azatioprina 50 mg comp.
06.04.34.002-8	ciclosporina 25 mg cáps. micro.
06.04.34.003-6	ciclosporina 50 mg cáps. micro.

4 - CID-10 Principal

Z940

5 - DEFERIMENTO

solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|---------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input checked="" type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input checked="" type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input checked="" type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220084731-6

4 - Vigência: 01/01/2012 a 31/01/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

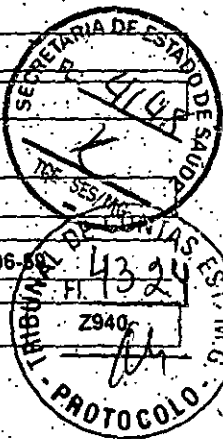
9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643

01120703003-4 Emitida em : 24/10/2011 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2070376

PRESCRITOR CPF: 316.549.326-04-ESTEVAM AQUINO VIOTTI

Prescrição: 01/09/2011 Consulta: 30/11/2011 Validade SME 30/11/2011

Z940 - azatioprina 50 mg comp. (06.04.53.001-3)

Z940 - ciclosporina 25 mg cáps. micro. (06.04.34.002-8)

Z940 - ciclosporina 50 mg cáps. micro. (06.04.34.003-6)

e-LME

CPF: 081.598.406-59 Nome: MANOEL PEREIRA GOMES

Sexo: M

Idade: 76A 11M 21D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita : A/2268626

PRESCRITOR CPF: 316.549.326-04-ESTEVAM AQUINO VIOTTI

Prescrição : 31/01/2012 Consulta : 31/03/2012 Validade LME : 31/03/2012

Z940 - ciclosporina 50 mg cáps. micro. (06.04.34.003-6)

Z940 - azatioprina 50 mg comp. (06.04.53.001-3)

Z940 - ciclosporina 25 mg cáps. micro. (06.04.34.002-8)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

- Nome do Paciente:

INGEL PEREIRA GOMES

2 - CNS

2.01615.6964600-09

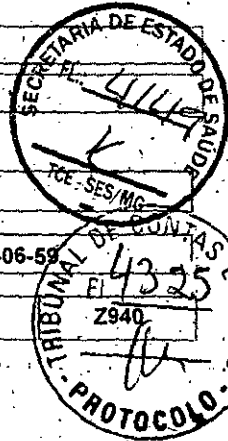
Prontuário

081.598.406-59

4 - CID-10 Principal

Z940

3 - Código(s) / Medicamento(s)	
06.04.53.001-3	azatioprina 50 mg comp.
06.04.34.002-8	ciclosporina 25 mg cáps. micro.
06.04.34.003-6	ciclosporina 50 mg cáps. micro.



6 - Observação

5 - DEFERIMENTO

solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

7 - DEVOLUÇÃO

1 - Falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

2 - DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220224026-8

4 - Vigência: 01/03/2012 a 31/03/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643
MAKP 1170564-7

01220004731-0 Emitida em: 01/02/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2268626

PRESCRITOR CPF: 316.549.326-04-ESTEVAM AQUINO VIOTTI

Prescrição: 31/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

Z940 - azatioprina 50 mg comp. (06.04.53.001-3)

Z940 - ciclosporina 25 mg cáps. micro. (06.04.34.002-8)

Z940 - ciclosporina 50 mg cáps. micro. (06.04.34.003-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

MANOEL PEREIRA GOMES

2 - CNS

2.01615.6964600-09

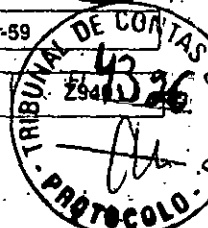
3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.53.001-3	azatioprina 50 mg comp.
2	06.04.34.002-8	ciclosporina 25 mg cáps. micro.
3	06.04.34.003-6	ciclosporina 50 mg cáps. micro.
4		
5		

Prontuário

081.598.406-59

4 - CID-10 Principal



5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

A falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise:

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220356268-8

4 - Vigência: 01/05/2012 a 31/05/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643
MASC 1170564-7

APAC: 311220224026-8 Emitida em: 22/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2268626

PRESCRITOR CPF: 316.549.326-04-ESTEVAM AQUINO VIOTTI

Prescrição: 31/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

Z940 - azatioprina 50 mg comp. (06.04.53.001-3)

Z940 - ciclosporina 25 mg cáps. micro. (06.04.34.002-8)

Z940 - ciclosporina 50 mg cáps. micro. (06.04.34.003-6)

e-LME

CPF: 081.598.406-59 Nome: MANOEL PEREIRA GOMES

Sexo: M

Idade: 76A 11M 21D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2397946

PRESCRITOR CPF: 316.549.326-04-ESTEVAM AQUINO VIOTTI

Prescrição: 04/05/2012 Consulta: 31/07/2012 Validade LME: 31/07/2012

Z940 - ciclosporina 50 mg cáps. micro. (06.04.34.003-6)

Z940 - ciclosporina 25 mg cáps. micro. (06.04.34.002-8)

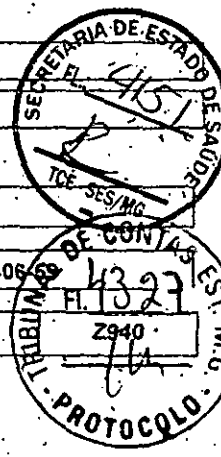
Z940 - azatioprina 50 mg comp. (06.04.53.001-3)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
MANOEL PEREIRA GOMES

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.53.001-3	azatioprina 50 mg comp.
2	06.04.34.002-8	ciclosporina 25 mg cáps. micro.
3	06.04.34.003-6	ciclosporina 50 mg cáps. micro.
4		
5		

2 - CNS
2.01615.6964600-09

Prontuário
081.598.406-69

3 - CID-10 Principal
Z940

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

A falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

SIM 1 2 3 4 5

NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220436111-2**

4 - Vigência: **01/06/2012 a 30/06/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 11643
 MASP 1170564-7

APAC: 311220356268-8 Emitida em: 11/05/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2397946

PRESCRITOR CPF: 316.549.326-04-ESTEVAM AQUINO VIOTTI

Prescrição: 04/05/2012 Consulta: 31/07/2012 Validade SME: 31/07/2012

Z940 - azatioprina 50 mg comp. (06.04.53.001-3)

Z940 - ciclosporina 25 mg cáps. micro. (06.04.34.002-8)

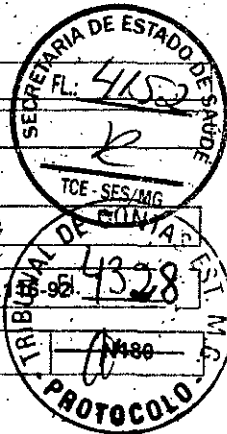
Z940 - ciclosporina 50 mg cáps. micro. (06.04.34.003-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
NÉUZA LUZIA ROBERTO

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.62.003-9	calcitriol 0;25 mcg cáps.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

2 - CNS
2.00699.1581900-04

Prontuário
045.113.188-92

4 - CID-10 Principal
M80

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

à falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5

Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5

Ausência de documentação 1 2 3 4 5

Ausência de exame 1 2 3 4 5

Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

CID-10 não padronizado

Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5

Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5

Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

SIM 1 2 3 4 5

NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220427841-4**

4 - Vigência: **01/05/2012 a 31/05/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador
Lilly Mary Haddad Martins
 Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 11643

7 - Documento CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

APAC: 311220323794-6 Emitida em: 26/04/2012 Autorizada: CPF: 417.333.400-20 - LILIA MARINHO DE MOURA

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2388283

PRESCRITOR CPF: 027.470.866-31-FERNANDO DAS MERCES DE LUC Prescrição: 26/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade: 30/06/2012

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2388387 (Alterada)

PRESCRITOR CPF: 027.470.866-31-FERNANDO DAS MERCES DE LUC Prescrição: 26/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade: 30/06/2012

N180 - calcitriol 0,25 mcg cáps. (06.04.52.003-8)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
CONTRATO nº 33676/2012, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE - SES, órgão gestor do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/MG, inscrita no CNPJ sob o nº 18.715.516/0001-88, com sede na Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves - Rodovia Prefeito Américo Gianetti s/nº, Serra Verde - BH/MG - Ed. Minas, 13º Andar, CEP 31.630-900, representada por seu Secretário, Sr. ANTONIO JORGE DE SOUZA MARQUES, Carteira de Identidade nº SMG F17.121.574 e CPF nº 334.405.656-53, residente e domiciliado em Belo Horizonte/MG, a seguir denominado CONTRATANTE e, de outro lado a Empresa PRIMAR LOGÍSTICA E SERVIÇOS LTDA.- CONTRATADA, inscrita no CNPJ sob o nº 03.253.037/0001-16, inscrita no Registro Estadual nº 001908874.00-03, com sede na Avenida Américo Vesputo nº 1660, 1º andar, Bairro Parque Riachuelo, Belo Horizonte/MG, CEP: 31230.250, neste ato representada por MAURICIO PEREIRA DOS SANTOS, Carteira de Identidade nº M.8.182-378 e CPF nº 011.682.726-29, acordam, nos termos do Pregão Eletrônico nº 189-2012, presente contrato que se regerá em consonância com a Lei nº 8.666 de 21.06.93, Lei nº 10.520 de 17.07.02, Lei Estadual nº 14.167 de 10.01.02, Decreto Estadual nº 44.786 de 18.04.08; Decreto Estadual nº 44.431, de 29.12.06, L Complementar nº 123, de 14.12.06, Decreto Estadual nº 44.710 de 30.01.08, e sua alterações; com as normas e condições fixadas no ato convocatório e seus anexos, e de acordo com as condições e cláusulas seguintes:

CPF: 045.113.116-92 Nome: NEUZILDO ROBERTO JORGE DE SOUZA MARQUES

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2388387

PRESCRITOR CPF: 027.470.866-31-FERNANDO DAS MERCES DE LUC Prescrição: 26/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade: 30/06/2012

N180 - calcitriol 0,25 mcg cáps. (06.04.52.003-8)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- a) O presente contrato originou-se da licitação modalidade Pregão Eletrônico nº 189/2012, processo administrativo tem o nº 1321127-189/2012.
- b) Prazo do contrato: 12 (doze) meses
- c) Resultado homologado em 01/06/2012 e publicado Diário Oficial do Estado - "Minas Gerais" em 06/06/2012
- d) Valor total estimado do contrato: R\$ 1.089.000,00 (um milhão e oitenta e nove mil reais)

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1 - Prestação de serviços especializados em transporte de medicamentos por Motoboy.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO REGIME DE EXECUÇÃO

- 2.1 - Na execução dos serviços, a CONTRATADA se compromete a cumprir as normas e especificações vigentes, observando os procedimentos técnicos mais acurados.
- 2.2 - A licitação que deu origem a este contrato foi executada pelo tipo menor preço, conforme disposto art. 45, § 1º, inciso I da Lei 8.666/93 e posteriores alterações.
- 2.3 - Os serviços a serem executados, bem como suas especificações e detalhamento, constam do Termo de Referência, que é parte integrante do presente Contrato.
- 2.3.3 - Conforme especificado no Termo de Referência os pagamentos das entregas realizadas na Região Metropolitana seguirão o fator especificado na tabela abaixo, tomando por base o ofertado na licitação para Belo Horizonte:

Município	Pagamento
Baldim	4 vezes
Belo Horizonte	1 vez
Betim	2 vezes
Brumadinho	4 vezes
Caeté	4 vezes

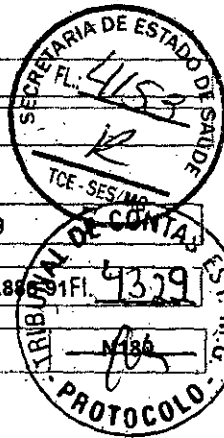
Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves - Rodovia Prefeito Américo Gianetti s/nº, Serra Verde - BH/MG Edifício Minas, 13º Andar - CEP 31.630-900



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente

RAYMUNDO NONATO VELOSO

2 - CNS

8.98000.0203792-79

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.47.004-5	epoetina humana recombinante 4.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário

008.474.8991 Fl. 9329

4 - CID-10 Principal

N180

6 - Observação

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

7 - DEVOLUÇÃO

na falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
- Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
- Ausência de documentação 1 2 3 4 5
- Ausência de exame 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado
- Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
- Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
- NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220039588-7

4 - Vigência: 01/01/2012 a 31/01/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

CPF CNS

385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643

000116

N180 - epoetina humana recombinante 4000 UI/ml amp. poliprotáico 1 fr. amp. (06 DA 47.004-5)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 250mg/ampola com lactulose 5 ml (06 DA 26.001-6)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

~~CONTRATADA ou quem atue em seu lugar incorreu em práticas corruptas, o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD, poderá declarar inelegíveis a CONTRATADA e/ou seus funcionários diretamente envolvidos em práticas corruptas, temporária ou permanentemente, para participar de futuras Licitações ou Contratos financiados com recursos do BIRD.~~

CLÁUSULA VIGÉSIMA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

20.1 - Este instrumento e seus anexos são complementares entre si, de modo que qualquer detalhe que se mencione em um documento e se omita em outro será considerado especificação e válido.

20.2 - A tolerância da CONTRATANTE com qualquer atraso ou inadimplência por parte da CONTRATADA não importará, de forma alguma, em alteração contratual ou novação.

20.3 - A execução do contrato, bem como os casos nele omissos, regular-se-ão pelas cláusulas contratuais e pelos preceitos de direito público, aplicando-se, supletivamente os princípios da Teoria Geral dos Contratos e as disposições de direito privado, na forma do art. 54 c/c inciso XII, e art. 55, ambos da Lei nº 8.666/93.

20.4 - O presente instrumento de contrato, nos termos da Lei Complementar nº 102/2008, será, obrigatoriamente, encaminhado ao Tribunal de Contas Estado de Minas Gerais.

20.5 - A CONTRATANTE providenciará a publicação do extrato do Contrato no Diário Oficial do Estado "Minas Gerais".

21.6 - Na utilização de recursos federais, desde já, fica ciente a CONTRATADA quanto ao livre acesso todos os atos e fatos praticados, relacionados direta ou indiretamente a este Contrato por servidores do sistema interno e externo (auditoria, controladoria), ou autoridade delegada, a qualquer tempo e lugar quando em missão de fiscalização ou auditoria.

CLÁUSULA VIGÉSIMA PRIMEIRA - DO FORO

21.1 - Fica eleito o Foro da Comarca de Belo Horizonte / MG, como o competente para dirimir quaisquer dúvidas ou pendências oriundas do presente instrumento, renunciando as partes a qualquer outro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam o presente instrumento, constante de 03 vias de igual forma e teor, na presença das testemunhas abaixo.

Belo Horizonte, de _____ de 2012.

CONTRATANTE: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS

ANTÔNIO TORGE DE SOUZA MARQUES
SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE
GESTOR DO SUS/MG

CONTRATADA: PRIMAR LOGÍSTICA E SERVIÇOS LTDA.ME.

MAURÍCIO PEREIRA DOS SANTOS

FISCAL DO CONTRATO:

ITACY RITA PIRES ROCHA
MASP 3665528

TESTEMUNHAS:

1) **Belmiro Gustavo Ribeiro**
CPF nº Superintendente de Gestão/SES
Masp: 355901-0

2) _____
CI nº _____
CPF nº _____

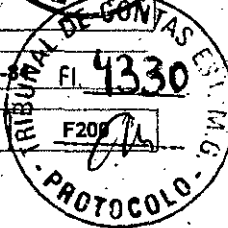
Unidade Administrativa Presidente Tancredo Neves - Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº, Serra Verde - BH/MG Edifício Minas, 8
13º Andar - CEP 31.630-900



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente
ROBERTA DE ASSIS2 - CNS
8.98001.1166372-53

3 - Código(s) / Medicamento(s)

Prontuário
015.510.426-5

1	06.04.23.002-8	olanzapina 10 mg comp.
2	06.04.23.001-0	olanzapina 5 mg comp.
3		
4		
5		

4 - CID-10 Principal
F200

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input checked="" type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311120955028-4**4 - Vigência: **01/12/2011 a 29/02/2012**

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

/ /

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

 CPF CNS

8 - Nº documento

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins

CRF MG 11643

MASP 11/0564 /

CNS 898.002.961.450.68*

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 015.510.426-81 Nome: ROBERTA DE ASSIS

Sexo: F Idade: 36A 1M 27D

APAC: 311120684088-5 Emitida em: 15/09/2011 Autorizador CPF: 217.639.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2032473

PRESCRITOR CPF: 050.181.586-46-ALICE FONSECA DE GARCIA

Prescrição: 02/08/2011 Consulta: 31/10/2011 Validade SME: 31/10/2011

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2032473 (Alterada)

PRESCRITOR CPF: 050.181.586-46-ALICE FONSECA DE GARCIA

Prescrição: 02/08/2011 Consulta: 31/10/2011 Validade SME: 31/10/2011

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)

F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2032473

PRESCRITOR CPF: 050.181.586-46-ALICE FONSECA DE GARCIA

Prescrição: 02/08/2011 Consulta: 31/10/2011 Validade SME: 31/10/2011

F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)

e-LME

CPF: 015.510.426-81 Nome: ROBERTA DE ASSIS

Sexo: F Idade: 36A 1M 27D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2195177

PRESCRITOR CPF: 050.181.586-46-ALICE FONSECA DE GARCIA

Prescrição: 05/12/2011 Consulta: 29/02/2012 Validade LME: 29/02/2012

F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)





COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente ROBERTA DE ASSIS		2 - CNS 8.98001.1166372-53
3 - Código(s) / Medicamento(s)		Prontuário 015.510.426-8
1	06.04.23.002-8 olanzapina 10 mg comp.	4 - CID-10 Principal
2	06.04.23.001-0 olanzapina 5 mg comp.	
3		
4		
5		
5 - DEFERIMENTO A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO Falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise. DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):		8 - Especificação
<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

9 - INDEFERIMENTO A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):		10 - Especificação
<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado		
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

11 - Nome do avaliador	12 - Data da avaliação	15 - Assinatura e carimbo do avaliador
13 - Documento <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	14 - Nº documento	

AUTORIZAÇÃO		2 - Especificação
1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		
3 - Número da APAC: 311220183510-5		4 - Vigência: 01/03/2012 a 31/05/2012

5 - Nome do autorizador LILLY MARY HADDAD MARTINS	6 - Data da autorização	9 - Assinatura e carimbo do autorizador
7 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNS	8 - Nº documento 385.431.926-68	

Lilly M. Haddad Martins

CRF MG 11643

MASP 1170564-7

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 015.510.426-81 Nome: ROBERTA DE ASSIS

Sexo: F

Idade: 36A 1M 27D

PAC: 311120955028-4 Emitida em: 28/12/2011 Autorizador CPF: 217.539.466-20; LILLY MARY HADDAD MARTINS

ADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2195177

RESCRITOR CPF: 050.181.586-46; ALICE FONSECA DE GARCIA

Prescrição: 05/12/2011 Consulta: 29/02/2012 Validade SME: 29/02/2012

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)

F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)



e-LME

CPF: 015.510.426-81 Nome: ROBERTA DE ASSIS

Sexo: F

Idade: 36A 1M 27D

ADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Receita: A/2318533

RESCRITOR CPF: 050.181.586-46; ALICE FONSECA DE GARCIA

Prescrição: 07/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade LME: 31/05/2012

F200 - olanzapina 10 mg comp. (06.04.23.002-8)

F200 - olanzapina 5 mg comp. (06.04.23.001-0)

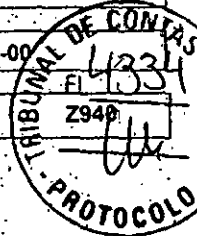
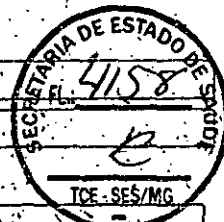




COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente
SANDRA MARIA SILVA2 - CNS
8.98000.0204135-58Prontuário
472.962.086-004 - CID-10 Principal
Z940

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.34.004-4	ciclosporina 100 mg cáps. micro.
2	06.04.32.005-1	mofetila 500 mg comp.
3		
4		
5		

6 - Observação

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

7 - DEVOLUÇÃO

há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

EVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
- Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
- Ausência de documentação 1 2 3 4 5
- Ausência de exame 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado
- Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
- Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
- NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220016023-4

4 - Vigência: 01/01/2012 a 31/01/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

 CPF CNS

8 - Nº documento

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 116.000

APAC: 311120878943-6 Emitida em: 25/11/2011 Autorizador CPF: 217539466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2125607

PRESCRITOR CPF: 054.652.108-85-MITICO YOKOTA

Prescrição: 13/10/2011 Consulta: 31/12/2011 Validade SME 31/12/2011

Z940 - ciclosporina 100 mg cáps. micro. (06.04.34.004-4)

Z940 - mofetila 500 mg comp. (06.04.32.005-1)

e-LME

CPF: 472.962.086-00 Nome: SANDRA MARIA SILVA

Sexo: F

Idade: 54A 7M 28D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2240466

PRESCRITOR CPF: 054.652.108-85-MITICO YOKOTA

Prescrição: 10/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade LME: 31/03/2012

Z940 - ciclosporina 100 mg cáps. micro. (06.04.34.004-4)

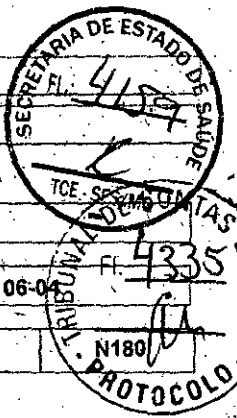
Z940 - mofetila 500 mg comp. (06.04.32.005-1)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
OLANDO DE ARAUJO FILHO

2 - CNS
8.01434.1684970-33

3 - Código(s) / Medicamento(s)	
06.04.47.003-7	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml

Prontuário
229.350.106-04

4 - CID-10 Principal
N180

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

- 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

- CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220078707-0**

4 - Vigência: **01/01/2012 a 31/01/2012**

5 - Nome do autorizador

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

Lilly M. Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins

- 7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

CRF MG 11643
 MASP 11/0564-7
 CNR 898.002.961.450.685

Emitida em 04/01/2012

Autorizado CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

Receita: A/2227218

000119

DADSBH - ASFÁR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA:

Prescrição: 29/12/2011 Consulta: 29/02/2012 Validade SME 29/02/2012

PRESCRITOR CPF: 056.063.806-09 - RENATA LAMEGO STARLING

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/ml ampola 5 ml (06.04.26.001-6)
N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

10.1 - Atribui-se à CONTRATADA a responsabilidade pelo pagamento de qualquer tributo existente à data da assinatura do Contrato, e cuja incidência decorra, direta ou indiretamente, do negócio jurídico formulado, bem como de todas as licenças, impostos e taxas ou quaisquer formalidades outras que forem exigidas pelos poderes públicos, assim como encargos das leis trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, seguros contra acidentes, etc., relativos aos trabalhos contratados.

10.2 - A inadimplência da CONTRATADA com referência aos encargos indicados no item anterior desta Cláusula, não transfere à CONTRATANTE a responsabilidade de seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do Contrato ou restringir sua regularização.

10.3 - Em caso de alterações, a partir da data da apresentação da proposta, das alíquotas dos tributos referidos nesta Cláusula ou instituição de novos tributos ou encargos de natureza fiscal e/ou parafiscal que venham a incidir diretamente nos preços dos serviços objeto deste Contrato, estes serão alterados na medida em que forem afetados por tais incidências, desde que comprovado, por meio de documento hábil, por parte da CONTRATADA, tão logo sejam oficialmente publicadas.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PRERROGATIVAS DA CONTRATANTE

11.1 - São prerrogativas da CONTRATANTE todas aquelas previstas nos artigos 58, 65 e, 80 da Lei nº 8.666/93, e em especial as seguintes:

a) Modificar unilateralmente este instrumento, para melhor adequação às finalidades de interesse público, nas hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do inciso I do art. 65 da Lei nº 8.666/93, respeitados todos os direitos da CONTRATADA.

b) Fiscalizar a execução do presente contrato, e exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização de todas as fases do objeto deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS PENALIDADES

12.1 - O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência da CONTRATADA, sujeitando-se às seguintes penalidades:

12.2 - Advertência que será aplicada, sempre, por escrito.

12.3 - Multa, nos seguintes percentuais:

a) diária de 0,1% (um décimo por cento) sobre o valor do produto entregue se o atraso for de até 10 (dez) dias;

b) diária de 0,2% (dois décimo por cento) sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 10 (dez) dias ou até 20 (vinte) dias;

c) diária de 0,3% (três décimo por cento) sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 20 (vinte) dias ou até 30 (trinta) dias;

d) 10% (dez por cento) fixo sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 30 (trinta) dias ou até 45 (quarenta e cinco) dias;

e) 15% (quinze por cento) fixo sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 45 (quarenta e cinco) dias ou até 60 (sessenta) dias;

f) 20% (vinte por cento) fixo sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 60 (sessenta) dias.

12.4 - Suspensão temporária do direito de licitar com a Administração Estadual.

12.5 - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior.

12.6 - Rescisão unilateral do Contrato sujeitando-se a CONTRATADA ao pagamento de indenização à CONTRATANTE por perdas e danos.

12.7 - As sanções previstas nesta Cláusula poderão ser aplicadas cumulativamente, ou não, de acordo com a gravidade da infração, facultada ampla defesa a CONTRATADA, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.

12.8 - Nenhuma parte será responsável perante a outra pelos atrasos ocasionados por motivo de força maior ou caso fortuito.

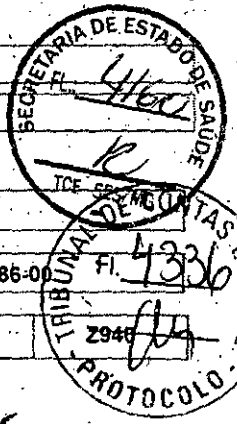
Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves - Rodovia Prefeito Américo Gianetti - s/nº, Serra Verde - BHM/GI Edifício Minas, 5
13º Andar - CEP 31.630-900



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



-Nome do Paciente
NDRA MARIA SILVA

2 - CNS
8.98000.0204135-58

3 - Código(s) / Medicamento(s)

Prontuário
472.962.086-00

06.04.34.004-4 ciclosporina 100 mg cáps. micro.

06.04.32.005-1 mofetila 500 mg comp.

4 - CID-10 Principal
Z940

5 - DEFERIMENTO

solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
- Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
- Ausência de documentação 1 2 3 4 5
- Ausência de exame 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5
- Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
- Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
- NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220115478-8**

4 - Vigência: **01/02/2012 a 29/02/2012**

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643
1170564-7

RECEITA Nº: 511220010023-4 Emitida em: 10/01/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2240466

PRESCRITOR CPF: 054.652.108-85-MITIÇO YOKOTA

Prescrição: 10/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SME 31/03/2012

Z940 - ciclosporina 100 mg cáps. micro. (06.04.34.004-4)

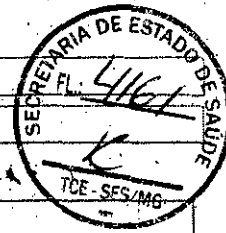
Z940 - mofetila 500 mg comp. (06.04.32.005-1)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



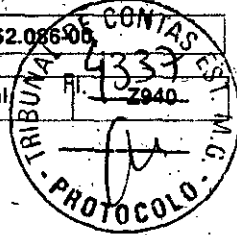
1 - Nome do Paciente
SANDRA MARIA SILVA

2 - CNS
8.98000.0204135-58

3 - Código(s) / Medicamento(s)	
1	06.04.34.004-4 ciclosporina 100 mg cáps. micro.
2	06.04.32.005-1 mofetila 500 mg comp.
3	
4	
5	

Prontuário
472.962.08606

4 - CID-10 Principal
2940



5 - DEFERIMENTO
A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO
na falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO
A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador
12 - Data da avaliação
15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento CPF CNS
14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO
1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.
 SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220284496-0**
4 - Vigência: **01/04/2012 a 30/04/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS
6 - Data da autorização
7 - Documento CPF CNS
8 - Nº documento
385.431.926-68
9 - Assinatura e carimbo do autorizador

Lilly Mary Haddad Martins
Lilly M. Haddad Martins
CRF/MG 11643
MASC 117054 7

APAC: 311220115478-8 Emitida em: 14/02/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2240466

PRESCRITOR CPF: 054.652.108-85-MITICO YOKOTA

Prescrição: 10/01/2012 Consulta: 31/03/2012 Validade SMÉ 31/03/2012

Z940 - ciclosporina 100 mg cáps. micro. (06.04.34.004-4)

Z940 - mofetila 500 mg comp. (06.04.32.005-1)

e-LME

CPF: 472.962.086-00 Nome: SANDRA MARIA SILVA

Sexo: F

Idade: 54A 7M 28D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2371484

PRESCRITOR CPF: 054.652.108-85-MITICO YOKOTA

Prescrição: 16/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade LME: 30/06/2012

Z940 - mofetila 500 mg comp. (06.04.32.005-1)

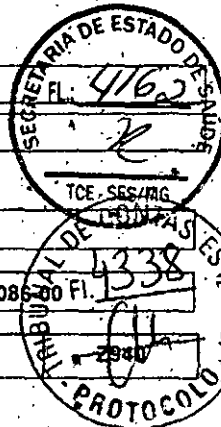
Z940 - ciclosporina 100 mg cáps. micro. (06.04.34.004-4)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
SANDRA MARIA SILVA

2 - CNS
8.98000.0204135-58

3 - Código(s) / Medicamento(s)	
1	06.04.34.004-4 ciclosporina 100 mg cáps. micro.
2	06.04.32.005-1 mofetila 500 mg comp.
3	
4	
5	

Prontuário
472.962.086-00 Fl. 4338

4 - CID-10 Principal
29340

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

- 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

a falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

- CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220453694-7**

4 - Vigência: **01/06/2012 a 30/06/2012**

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

- CPF CNS

385.431.926-68

Lilly M. Haddad-Martins
Lilly M. Haddad-Martins
CRF MG 11643

APAC: 311220284496-0 Emitida em: 17/04/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2371484

PRÉSCRITOR CPF: 054.652.108-85-MITICO YOKOTA

Prescrição: 16/04/2012 Consulta: 30/06/2012 Validade SME 30/06/2012

Z940 - ciclosporina 100 mg cáps. micro. (06.04.34.004-4)

Z940 - mofetila 500 mg comp. (06.04.32.005-1)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente

YOLANDO DE ARAUJO FILHO

2 - GNS

8.01434.1684970-33

3 - Código(s) / Medicamento(s)

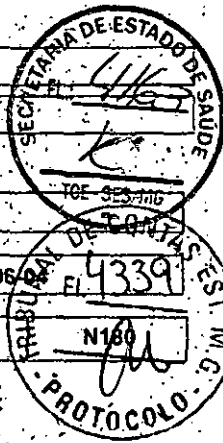
1	06.04.47.003-7	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário

229.350.106-04

4 - CID-10 Principal

N160



5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

na falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
- Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
- Ausência de documentação 1 2 3 4 5
- Ausência de exame 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5
- Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
- Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
- Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- SIM 1 2 3 4 5
- NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220170683-4

4 - Vigência: 01/03/2012 a 31/03/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

8 - Nº documento

CPF CNS

385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins

Lilly M. Haddad Martins

CRE MG 11643

MACEIÓ - 2012

000113

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

10.1 - Atribui-se à CONTRATADA a responsabilidade pelo pagamento de qualquer tributo existente à data da assinatura do Contrato, e cuja incidência decorra direta ou indiretamente, do negócio jurídico formulado, bem como de todas as licenças, impostos e taxas ou quaisquer formalidades outras que forem exigidas pelos poderes públicos, assim como encargos das leis trabalhistas, previdenciárias, fiscais e comerciais, sentenças contra acidentes, etc., relativos aos trabalhos contratados.

CPF: 229.350.106-04 - Nome: YOLANDO DE ARAUJO FILHO Sexo: M Idade: 54A 6M 23D

10.2 - A inadimplência da CONTRATADA com referência aos encargos indicados no item anterior desta cláusula, não poderá onerar o CONTRATANTE a responsabilidade de seu pagamento, nem poderá onerar o objeto do Contrato em razão de sua regularização. Prescrição: 01/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade LME: 31/05/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PRERROGATIVAS DA CONTRATANTE

11.1 - São prerrogativas da CONTRATANTE todas aquelas previstas nos artigos 58, 65 e 80 da Lei nº 8.666/93, e em especial as seguintes:

- a) Modificar unilateralmente este instrumento, para melhor adequação às finalidades de interesse público, nas hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" do inciso I do art. 65 da Lei nº 8.666/93, respeitados todos os direitos da CONTRATADA.
- b) Fiscalizar a execução do presente contrato, e exercer ampla, irrestrita e permanente fiscalização de todas as fases do objeto deste contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS PENALIDADES

12.1 - O descumprimento total ou parcial das obrigações assumidas caracterizará a inadimplência da CONTRATADA, sujeitando-se às seguintes penalidades:

12.2 - Advertência que será aplicada, sempre, por escrito.

12.3 - Multa, nos seguintes percentuais:

- a) diária de 0,1% (um décimo por cento) sobre o valor do produto entregue se o atraso for de até 10 (dez) dias;
- b) diária de 0,2% (dois décimo por cento) sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 10 (dez) dias ou até 20 (vinte) dias;
- c) diária de 0,3% (três décimo por cento) sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 20 (vinte) dias ou até 30 (trinta) dias;
- d) 10% (dez por cento) fixo sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 30 (trinta) dias ou até 45 (quarenta e cinco) dias;
- e) 15% (quinze por cento) fixo sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 45 (quarenta e cinco) dias ou até 60 (sessenta) dias;
- f) 20% (vinte por cento) fixo sobre o valor do produto entregue se o atraso for superior a 60 (sessenta) dias.

12.4 - Suspensão temporária do direito de licitar com a Administração Estadual.

12.5 - Declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a CONTRATADA ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes e depois de decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior.

12.6 - Rescisão unilateral do Contrato sujeitando-se a CONTRATADA ao pagamento de indenização à CONTRATANTE por perdas e danos.

12.7 - As sanções previstas nesta Cláusula poderão ser aplicadas cumulativamente, ou não, de acordo com a gravidade da infração, facultada ampla defesa a CONTRATADA, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a contar da intimação do ato.

12.8 - Nenhuma parte será responsável perante a outra pelos atrasos ocasionados por motivo de força maior ou caso fortuito.

Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves - Rodovia Prefeito Américo Gianetti s/nº, Serra Verde - BHM/GE Edifício Minas, 13º Andar - CEP 31.630-900

Handwritten signature or initials.



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AValiação TÉCNICA

1 - Nome do Paciente
YOLANDO DE ARAUJO FILHO

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.47.003-7	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml.
3		
4		
5		

2 - CNS
8.01434.1684970-33

Prontuário
229.350.106-04

4 - CID-10 Principal
N180

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	8 - Especificação
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	10 - Especificação	
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

11 - Nome do avaliador
 12 - Data da avaliação
 15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento CPF CNS
 14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220264020-6**

4 - Vigência: **01/04/2012** à **30/04/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização
 / /

7 - Documento CPF CNS
 8 - Nº documento
385.431.926-68

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

APAC: 311220170683-4 Emitida em: 05/03/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2308060

PRESCRITOR CPF: 012.255.326-80-TANIA ANDRADE PAULO

Prescrição: 01/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME 31/05/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

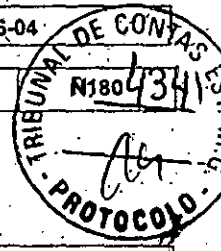
N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. Injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)



COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
YOLANDO DE ARAUJO FILHO

2 - CNS
8.01434.1684970-33

3 - Código(s) / Medicamento(s)

Prontuário
229.350.106-04

1	06.04.47.003-7	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

4 - CID-10 Principal
N1804341

5 - DEFERIMENTO
 A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:
 1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.
 VOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 Preenchimento incompleto 1 2 3 4 5
 Preenchimento incorreto 1 2 3 4 5
 Ausência de documentação 1 2 3 4 5
 Ausência de exame 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.
 INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):
 CID-10 não padronizado 1 2 3 4 5
 Medicamento não padronizado 1 2 3 4 5
 Não preenche critérios PCDT 1 2 3 4 5
 Outros 1 2 3 4 5

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento
 CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.
 SIM 1 2 3 4 5
 NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220362642-2** 4 - Vigência: **01/05/2012 a 31/05/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento
 CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
 Lilly M. Haddad Martins
 CRF MG 11643

AFAC: J11220264020-6 Emitida em: 04/04/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2308060

PRESCRITOR CPF: 012.255.326-80-TANIA ANDRADE PAULO

Prescrição: 01/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME 31/05/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)





COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente
YOLANDO DE ARAÚJO FILHO

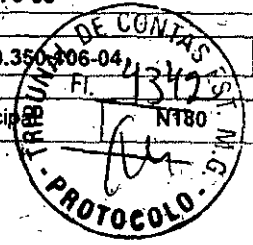
3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.47.003-7	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

2 - CNS
8.01434.1684970-33

Prontuário
229.350.406-04

4 - CID-10 Principal
N780



5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

alta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220456697-7**4 - Vigência: **01/06/2012 a 30/06/2012**

5 - Nome do autorizador

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS*Lilly M. Haddad Martins*

7 - Documento

8 - Nº documento

 CPF CNS**385.431.926-68**CRF MG 11643
MASP 1170564-7

APAC: 311220362642-2 Emitida em: 14/05/2012 Autorizador GPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2308060

PRESCRITOR CPF: 012.255.326-80-TANIA ANDRADE PAULO

Prescrição: 01/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade SME 31/05/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

e-LME

CPF: 229.350.106-04 Nome: YOLANDO DE ARAUJO FILHO

Sexo: M

Idade: 54A 6M 23D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2449511

PRESCRITOR CPF: 064.729.366-84-FELIPE APARECIDO P. VELOSO

Prescrição: 13/06/2012 Consulta: 31/08/2012 Validade LME: 31/08/2012

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Todas
SERVIÇO DE FARMÁCIA

Histórico de Medicamentos por Paciente



Unidade : Todas

Farmácia : Todas

Agenda : Todas

Tipo Adm : AB

Serviço : Todos

Especialidade : Todas

Protocolo : Todos

Classificação : Todas

Medicamento : Todos

Período : 01/01/2012 a 31/12/2012

Paciente : 22935010604 - YOLANDO DE ARAUJO FILHO

CID : 

Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Faturada	APAC
22935010604	YOLANDO DE ARAUJO FILHO	12/11/1958	M	SANTA LUZIA			
N180	DOENÇA RENAL EM ESTADIO FINAL						
11035808	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml						
31/01/2012	10 ml				10 ml	2 ampola	3112200787070
01/03/2012	15 ml				15 ml	3 ampola	3112201706834
04/04/2012	10 ml				10 ml	2 ampola	3112202640206
08/05/2012	10 ml				10 ml	2 ampola	3112203626422
13/06/2012	10 ml				10 ml	2 ampola	3112204566977
16/07/2012	10 ml				10 ml	2 ampola	3112205666823
13/08/2012	10 ml				10 ml	2 ampola	3112206514373
11141038	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.						
31/01/2012	39.000 UI				39.000 UI	13 fr. amp.	3112200787070
01/03/2012	30.000 UI				30.000 UI	10 fr. amp.	3112201706834
04/04/2012	30.000 UI				30.000 UI	10 fr. amp.	3112202640206
08/05/2012	30.000 UI				30.000 UI	10 fr. amp.	3112203626422
13/06/2012	27.000 UI				27.000 UI	9 fr. amp.	3112204566977
16/07/2012	24.000 UI				24.000 UI	8 fr. amp.	3112205666823
13/08/2012	24.000 UI				24.000 UI	8 fr. amp.	3112206514373
12/09/2012	24.000 UI				24.000 UI	8 fr. amp.	3112207620302
10/10/2012	24.000 UI				24.000 UI	8 fr. amp.	3112208417373
07/11/2012	30.000 UI				30.000 UI	10 fr. amp.	3112209285196
10/12/2012	27.000 UI				27.000 UI	9 fr. amp.	3112210314378

Total de Pacientes: 1

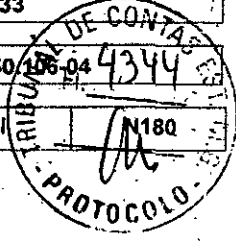


COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA

1 - Nome do Paciente YOLANDO DE ARAUJO FILHO		2 - CNS 8.01434.1684970-33
3 - Código(s) / Medicamento(s)		Prontuário 229.350/196-04 4344
1	06.04.47.003-7 epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.	4 - CID-10 Principal N180
2	06.04.29.001-6 sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml	
3		
4		
5		



5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

1 2 3 4 5

6 - Observação

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	8 - Especificação
<input type="checkbox"/> Preenchimento incorreto	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de documentação	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> Ausência de exame	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input checked="" type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

<input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado	10 - Especificação	
<input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento CPF CNS

14 - Nº documento

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

SIM 1 2 3 4 5

NÃO 1 2 3 4 5

2 - Especificação

3 - Número da APAC: **311220078707-0**

4 - Vigência: **01/01/2012 a 31/01/2012**

5 - Nome do autorizador
LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento CPF CNS

8 - Nº documento
385.431.926-68

Lilly Mary Haddad Martins

Lilly M. Haddad Martins
CRE ANO 11.643

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 229.350.106-04

Nome: YOLANDO DE ARAUJO FILHO

Sexo: M

Idade: 64A 6M 26D

APAC: 311120980647-4 Emitida em: 04/01/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2227218

PRESCRITOR CPF: 056.063.806-09-RENATA LAMEGO STARLING

Prescrição: 29/12/2011 Consulta: 29/02/2012 Validade SME: 29/02/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola-sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)





COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO

AVALIAÇÃO TÉCNICA



1 - Nome do Paciente

YOLANDO DE ARAUJO FILHO

2 - CNS

8.01434.1684970-33

3 - Código(s) / Medicamento(s)

1	06.04.47.003-7	epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp.
2	06.04.26.001-6	sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml
3		
4		
5		

Prontuário

229.350.106-04

4 - CID-10 Principal

M180

6 - Observação

5 - DEFERIMENTO

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença bem como aos demais parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

DEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração:

 1 2 3 4 5

7 - DEVOLUÇÃO

Há falta de informação ou de documentos/exames que impedem a plenitude da análise.

DEVOLVO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Preenchimento incompleto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Preenchimento incorreto | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de documentação | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Ausência de exame | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

8 - Especificação

9 - INDEFERIMENTO

A solicitação não preenche os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) da referida doença e/ou dos parâmetros definidos no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

INDEFIRO a solicitação do(s) medicamento(s) descrito(s) na numeração, pelo(s) seguinte(s) motivo(s):

- | | | | | | |
|--|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> CID-10 não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Medicamento não padronizado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Não preenche critérios PCDT | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

10 - Especificação

11 - Nome do avaliador

12 - Data da avaliação

15 - Assinatura e carimbo do avaliador

13 - Documento

14 - Nº documento

 CPF CNS

AUTORIZAÇÃO

1 - AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo avaliador.

- | | | | | | |
|------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |
| <input type="checkbox"/> NÃO | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 |

2 - Especificação

3 - Número da APAC: 311220170683-4

4 - Vigência: 01/03/2012 a 31/03/2012

5 - Nome do autorizador

LILLY MARY HADDAD MARTINS

6 - Data da autorização

9 - Assinatura e carimbo do autorizador

7 - Documento

 CPF CNS

8 - Nº documento

385.431.926-68

Lilly M. Haddad Martins
CRF MG 11643

e-LME - ATENDIMENTOS AUTORIZADOS

CPF: 229.350.106-04 Nome: YOLANDO DE ARAUJO FILHO

Sexo: M

Idade: 54A 6M 26D

APAC: 311220078707-0 Emitida-em: 31/01/2012 Autorizador CPF: 217.539.466-20 - LILLY MARY HADDAD MARTINS

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

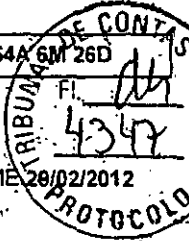
Receita: A/2227218

PRESCRITOR CPF: 056.063.806-09-RENATA LAMEGO STARLING

Prescrição: 29/12/2011 Consulta: 29/02/2012 Validade SME: 29/02/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)



e-LME

CPF: 229.350.106-04 Nome: YOLANDO DE ARAUJO FILHO

Sexo: M

Idade: 54A 6M 26D

DADSBH - ASFAR/ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Receita: A/2308060

PRESCRITOR CPF: 012.255.326-80-TANIA ANDRADE PAULO

Prescrição: 01/03/2012 Consulta: 31/05/2012 Validade LME: 31/05/2012

N180 - epoetina humana recombinante 3.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. (06.04.47.003-7)

N180 - sacarato de hidróxido de ferro 2.500 mg/ampola sol. injetável ampola 5 ml (06.04.26.001-6)





DOC. 10 – TABELA 6

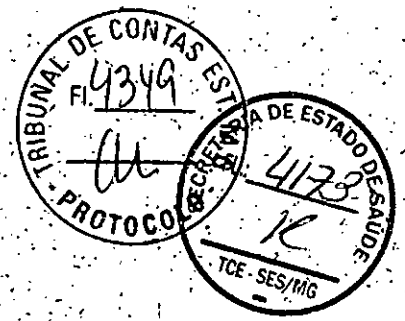
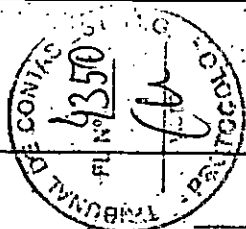


Tabela 6 – Relatório de Atendimento, por paciente, no ano de 2012.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Todas
SERVIÇO DE FARMÁCIA

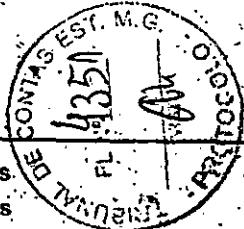
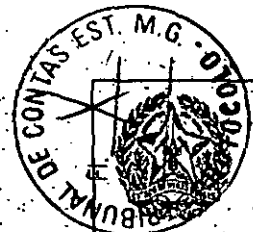
Histórico de Medicamentos por Paciente



Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Faturada	APAC
04407622601 Z940	BRUNO ALVES FERREIRA RIM TRANSPLANTADO	15/12/1979	M	JOÃO MONLEVADE			
11256782	sirolimus 1 mg drág.						
29/03/2012	34 drág.				30 drág.	30 drág.	3112202486316
02/05/2012	33 drág.				30 drág.	30 drág.	3112203450500
04/06/2012	30 drág.				30 drág.	30 drág.	3112204435714
04/07/2012	29 drág.				30 drág.	30 drág.	3112205359560
25/10/2012	35 drág.				30 drág.	30 drág.	3112206263640
28/11/2012	35 drág.				40 drág.	40 drág.	3112210127466

Total de Pacientes: 1





SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Todas

SERVIÇO DE FARMÁCIA

Histórico de Medicamentos por Paciente



Unidade: Todas

Farmácia: Todas

Agenda: Todas

Tipo Adm: AB

Serviço: Todos

Paciente: 01420801600 - FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES

CID:

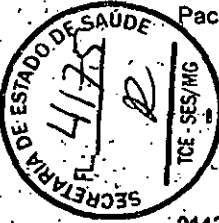
Especialidade: Todas

Protocolo: Todos

Classificação: Todas

Medicamento: Todos

Período: 01/01/2012 a 31/12/2012



Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Dispensada	Faturada	APAC
01420801600 FRANCISCO DE ASSIS RODRIGUES		05/07/1910	M	BELO HORIZONTE				
G300 DOENÇA DE ALZHEIMER DE INÍCIO PRECOCE								
11151234 donepezila 5 mg comp.								
20/01/2012	70 comp.				70 comp.	62 comp.	3112200438006	
02/04/2012	62 comp.				58 comp.	60 comp.	3112202596712	
03/05/2012	64 comp.				70 comp.	62 comp.	3112203491617	
05/07/2012	58 comp.				56 comp.	62 comp.	3112203491617	
03/08/2012	64 comp.				70 comp.	62 comp.	3112206295649	
09/10/2012	62 comp.				56 comp.	62 comp.	3112206295649	

Total de Pacientes: 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Todas

SERVIÇO DE FARMÁCIA

Histórico de Medicamentos por Paciente



Unidade : Todas

Farmácia : Todas

Agenda : Todas

Tipo Adm : AB

Serviço : Todos

Especialidade : Todas

Protocolo : Todos

Classificação : Todas

Medicamento : Todos

Período : 01/01/2012 a 31/12/2012

Paciente : 08407273643 - HILDA LARA DOS REIS SANTOS

CID :

[Empty box for CID]



Nascimento Sexo Cidade

Quantidade

Dispensação

Prescrita

Dispensada

Faturada

APAC

08407273643 HILDA LARA DOS REIS SANTOS

04/04/1954

F ITAGUARA

G35 ESCLEROSE MULTIPLA

11253279 glatiramer 20 mg pó liofil, kit unitário 1 fr. amp.

27/02/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112200018895

26/03/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112202328862

23/04/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112203114977

21/05/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112203893227

18/06/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112204682830

16/07/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112205673643

13/08/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112206472738

10/09/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112207540948

08/10/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112208329692

05/11/2012

28 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112209195370

03/12/2012

32 fr. amp.

28 fr. amp.

31 kit unitário

3112210200572

Total de Pacientes: 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Todas

SERVIÇO DE FARMÁCIA

Histórico de Medicamentos por Paciente



Unidade: Todas

Farmácia: Todas

Agenda: Todas

Tipo Adm: AB

Serviço: Todos

Paciente: 40278050620 - IVANILDA CORDEIRO DE AMORIM

Especialidade: Todas

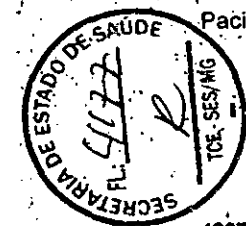
Protocolo: Todos

Classificação: Todas

Medicamento: Todos

Período: 01/01/2012 a 31/12/2012

CID:



Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Faturada	APAC
40278050620.IVANILDA CORDEIRO DE AMORIM		14/10/1955	F	VESPASIANO			
J450 ASMA PREDOMINANTEMENTE ALERGICA							
11134138 formoterol + budesonida(12 mcg + 400 mcg) pó p/inal. oral kit 60 dose							
02/02/2012	58 dose				60 dose	1 kit	3112200885992
07/05/2012	84 dose				60 dose	1 kit	3112201821311
18/06/2012	60 dose				60 dose	1 kit	3112204684776
18/07/2012	80 dose				60 dose	1 kit	3112205749037
27/08/2012	72 dose				60 dose	1 kit	3112207050381
02/10/2012	60 dose				60 dose	1 kit	3112208188661
29/11/2012	92 dose				120 dose	1 kit	3112209163041
11330531 budesonida 200 mcg pó p/inal. oral kit com inal. 60 dose							
07/05/2012	84 dose				60 dose	60 dose	3112201821311
18/06/2012	60 dose				60 dose	60 dose	3112204684776
18/07/2012	80 dose				120 dose	120 dose	3112205749037
27/08/2012	72 dose				60 dose	60 dose	3112207050381
02/10/2012	60 dose				60 dose	60 dose	3112208188661
29/11/2012	92 dose				60 dose	120 dose	3112209163041
11391247 budesonida 200 mcg aerossol oral frasco 100 dose							
02/02/2012	58 dose				100 dose	1 frasco	3112200885992
07/05/2012	84 dose				0 dose	0 frasco	3112201821311

Total de Pacientes: 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Todas
SERVIÇO DE FARMÁCIA

Histórico de Medicamentos por Paciente.



Unidade : Todas

Farmácia : Todas

Agenda : Todas

Tipo Adm : AB

Serviço : Todos

Paciente : 38028336604 - MARIA CYRENE DE MEDEIROS

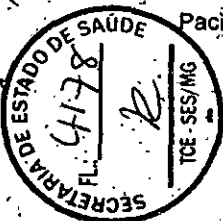
Especialidade : Todas

Protocolo : Todos

Classificação : Todas

Medicamento : Todos

Período : 01/01/2012 a 31/12/2012

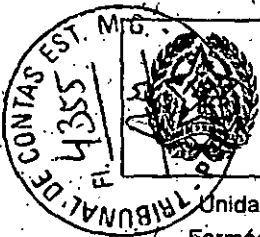


CID:

[Empty box for CID]

Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Faturada	APAC
38028336604 MARIA CYRENE DE MEDEIROS		07/08/1935	F	BELO HORIZONTE			
G300 DOENÇA DE ALZHEIMER DE INICIO PRECOCE							
11151258 donepezila 10 mg comp.							
01/02/2012	34 comp.				30 comp.	29 comp.	3111209450470
08/03/2012	29 comp.				30 comp.	31 comp.	3112201823577
09/04/2012	24 comp.				30 comp.	30 comp.	3112202700849
30/07/2012	29 comp.				28 comp.	31 comp.	3112203498283
27/08/2012	30 comp.				28 comp.	31 comp.	3112207087286
26/09/2012	26 comp.				28 comp.	30 comp.	3112208137588
22/10/2012	30 comp.				28 comp.	31 comp.	3112208805244
21/12/2012	32 comp.				20 comp.	31 comp.	3112210036133

Total de Pacientes: 1



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Todas
SERVIÇO DE FARMÁCIA

Histórico de Medicamentos por Paciente



Unidade : Todas

Farmácia : Todas

Agenda : Todas

Tipo Adm : AB

Serviço : Todos

Especialidade : Todas

Protocolo : Todos

Classificação : Todas

Medicamento : Todos

Período : 01/01/2012 a 31/12/2012

Paciente : 04407622601 - BRUNO ALVES FERREIRA

CID :



Dispensação	Prescrita	Nascimento	Sexo	Cidade	Quantidade	Faturada	APAC
04407622601 BRUNO ALVES FERREIRA Z940 RIM TRANSPLANTADO		15/12/1979	M	JÓÃO MONLEVADE			
11071200 sirolimus 2 mg drág.							
27/02/2012	31 drág.				30 drág.	29 drág.	3112200513785
29/03/2012	34 drág.				30 drág.	32 drág.	3112202486316
02/05/2012	33 drág.				30 drág.	32 drág.	3112203450500
04/06/2012	30 drág.				30 drág.	30 drág.	3112204435714
04/07/2012	29 drág.				30 drág.	32 drág.	3112205359560
25/10/2012	35 drág.				30 drág.	32 drág.	3112206263640
28/11/2012	35 drág.				40 drág.	30 drág.	3112210127466
11254010 micofenolato sódico 180 mg comp. revés.							
27/02/2012	62 comp. revés.				60 comp. revés.	60 comp. revés.	3112200513785
29/03/2012	68 comp. revés.				70 comp. revés.	70 comp. revés.	3112202486316
02/05/2012	66 comp. revés.				70 comp. revés.	70 comp. revés.	3112203450500
04/06/2012	60 comp. revés.				60 comp. revés.	60 comp. revés.	3112204435714
04/07/2012	58 comp. revés.				60 comp. revés.	60 comp. revés.	3112205359560
25/10/2012	70 comp. revés.				70 comp. revés.	70 comp. revés.	3112206263640
28/11/2012	70 comp. revés.				70 comp. revés.	70 comp. revés.	3112210127466
11254024 micofenolato sódico 360 mg comp. revés.							
27/02/2012	62 comp. revés.				60 comp. revés.	60 comp. revés.	3112200513785
29/03/2012	68 comp. revés.				70 comp. revés.	70 comp. revés.	3112202486316
02/05/2012	66 comp. revés.				70 comp. revés.	70 comp. revés.	3112203450500
04/06/2012	60 comp. revés.				60 comp. revés.	60 comp. revés.	3112204435714
04/07/2012	58 comp. revés.				60 comp. revés.	60 comp. revés.	3112205359560
25/10/2012	70 comp. revés.				70 comp. revés.	70 comp. revés.	3112206263640
28/11/2012	70 comp. revés.				70 comp. revés.	70 comp. revés.	3112210127466
11256782 sirolimus 1 mg drág.							
27/02/2012	31 drág.				30 drág.	30 drág.	3112200513785



DOC. 10 – MEMO DME/ NAF/ SRSBH/
Nº281/ 2013



MEMO DME/NAF/SRSBH/ Nº281/2013

Belô Horizonte, 27 de junho de 2013.

Exma Sra.
 Renata Cristina Resende Macedo do Nascimento
 Superintendente de Assistência Farmacêutica

Assunto

Envio de Processos para auditoria- Ofício nº 34809/2012/CGU/MG/CGU-PR-21/11/12

Prezada,

Em resposta ao MEMO SAF/SES-MG nº 141/2013 encaminhamos documentações comprobatórias pendentes, conforme descrito abaixo:

QUADRO 12			
Paciente	CPF	Medicamento (Quantidade)	Recibos encaminhados
Ana Moreira Ignácio	012324046-83	Entacapona 200mg (90)	10/8
Eder Moreira de Souza	007411646-04	Risperidona 2mg (50 e 30)	20/07 e 27/08
Lenita Ribeiro Maia	156019786-20	Leflunomida 20mg (31 e 31)	25/07 e 23/08
Marília Siqueira Mendes Pires	063900136-04	Leflunomida 20mg (30)	2/4
QUADRO 13			
Tito Lívio Costa Coelho	440599226-68	Betainterferona 18 9.600.000UI (16 e 16)	24/02 e 09/08

Não foi possível coletar assinatura para os seguintes beneficiários:

QUADRO 12			
Paciente	CPF	Medicamento (Quantidade)	Recibos solicitados
Ana Maria dos Santos	465007666-87	Leflunomida 20mg (30 e 30)	23/07 e 21/08
QUADRO 13			
Eduardo Nunes Costa Chaves	136794037-04	Imunoglobulina Humana Sg inj (2, 2 e 2)	18/07, 08/08 e 30/08
Laura Gontijo de Azevedo	481931356-87	Donepezila 10mg (31, 29, 20 e 28)	05/01, fevereiro, junho, 29/08

0111379011 2011310
 Pires 27106121013
 DME - SRS / CRD / BR



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE
FARMÁCIA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ALTO CUSTO




Os beneficiários Ana Maria dos Santos e Eduardo Nunes Costa Chaves não possuem cadastro de endereço e telefone atualizados. Constam no sistema agendamento para comparecimento à farmácia nos dias 18/07 e 12/07 respectivamente.

A busca pelo endereço do Sr. Eduardo contou com o auxílio de Sr. Edmar, funcionário da Guarda Municipal de Sabará. Foram realizadas duas visitas para busca dos documentos no município, todas sem sucesso.

A Sra. Laura Gontijo de Azevedo reside em um abrigo e os procuradores não se dispuseram em informar o endereço, já os procuradores, Vanessa Gontijo de Azevedo e Cristiano Gontijo de Azevedo não se encontram em Belo Horizonte. Vale ressaltar que havia um agendamento para busca dos medicamentos no dia 20/06/2013, porém os procuradores não compareceram.

Na oportunidade, solicitamos que caso seja necessário o envio de outros documentos, que entre em contato.

Atenciosamente,


Patrícia de Oliveira
Coordenadora do Núcleo de Assistência Farmacêutica
Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte

PROF. POLÍTICAS E GESTÃO
DE SAÚDE
n.º 120561R-4



01232404683 A2493460



01232404683 ANA MOREIRA IGNACIO

SEXO: F IDADE: 80A 2M 28D

Receita: A/2493460 (12/07/2012) Atendimento: 10/08/2012 Validade LME/Receita: 30/09/2012

Prescritor CPF: 02738930689 - CRISTIANE FRANKLIN ROCHA

Serviço: AS FAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSACAO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
R0927

	Quantidade		
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido

3 frasco

COMTAN 200 mg, frasco 30 comp. reves. - NOVARTIS

entacapona 200 mg comp. réves.

2

92

90

0 comp. reves.

Handwritten signature



Handwritten signature

Documento:

Nome:

Visto:

Reatendimento na farmácia **25/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **13:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:

Digitação: ADRIANA.C

Separação:

Entrega:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
 GRS - BELO HORIZONTE
 SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
 FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



00741164604 EDER MOREIRA DE SOUZA

SEXO: M IDADE: 39A IIM: 13D

Receita: A/2416718 - 1779 - 0172 - Atendimentos: 20/07/2012 - Validade: 31/07/2012

Local de Emissão: FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE

Assinatura: [Handwritten Signature]

SENHA

Local de Entrega: FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE

R1269

Protocolo:

Quantidade	Excesso			
	Anterior	Requisitado	Atendido	Atual
5 blister				
RISPERIDON 2 mg blister 10 comp. - CRISTALIA				
risperidona 2 mg comp.	4	46,5	50	7,5 comp.

**LEGIBILIDADE
COMPROMETIDA**

[Handwritten Signature]
 Eder Moreira de Souza

Assinatura: _____ Visto: _____

ATENDIMENTO ENCERRADO PARA ESTA RECEITA

Reatendimento na farmácia **20/08/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **15:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Trazer Nova LME/Receita.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:

[Empty box for SAC information]

[Empty box for Email]

[Empty box for Email]



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



00741164604 EDER MOREIRA DE SOUZA

SEXO: M IDADE: 39A 11M 13D

Registro: A/2556548

Data de Atendimento: 27/08/2012

Vál. de Lic. LRF/Roulet: 31/10/2012

SENHA

D1276

Quantidade	Excesso Anterior				Requisitado				Atendido				Excesso Atual			
3 blister	RISPERIDON 2 mg blister 10 comp. - CRISTALIA															
	risperidona 2 mg comp.															
	0				30				30				0 comp.			
6 blister	NEURAL 100mg blister 10 comp. - CRISTALIA															
	lamotrigina 100 mg comp.															
	0				60				60				0 comp.			

**LEGIBILIDADE
COMPROMETIDA**

x Eder Moreira de Souza

Reatendimento na farmácia: **26/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento: **15:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:

[Empty box for SAC information]

[Empty box for Email information]

[Empty box for Email information]



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]



FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



15601978620 A2510117

15601978620 LENITA RIBEIRO MAIA

SEXO: F IDADE: 79A 8M 29D

Receita: A/2510117 (25/07/2012) Atendimento: 23/08/2012 Validade LME/Receita: 30/09/2012

Prescritor CPF: 24714836668 - WILMA REGINA COUTO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA

E772

[1]	1 frasco	ARAVA 20mg frasco 30 comp. - AVENTIS PHARMA leflunomida 20 mg comp.	Quantidade			
			Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
			2	29	30	3 comp.

Lenita Ribeiro Maia

Reatendimento na farmácia **21/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **10:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:

Digitação: CRISTIANE.P

Separação:

Entrega:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE

SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]

FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



06390013604 A2354064



06390013604 MARILIA SIQUEIRA MENDES PIRES AMARAL

SEXO: F IDADE: 68A 9M 26D

Receita: A/2354064 (02/04/2012) Atendimento: 02/04/2012 Validade LME/Receita: 30/06/2012

Prescritor CPF: 00657832634 - ACHILES ALMEIDA CRUZ FILHO

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

D1203

Protocolo:

Quantidade	Excesso Anterior				Requisitado				Atendido				Excesso Atual			
1 frasco									2	32	30					0 comp.

ARAVA, 20mg frasco 30 comp. - AVENTIS PHARMA
leflunomida 20 mg comp.

X *Marília Siqueira Mendes Pires Amaral*

Reatendimento na farmácia **04/05/2012** **ATENÇÃO** Horário de Comparecimento **15:45**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:

Digitação: PAOLA.G

Separação:

Entrega:



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA [FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE]
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



44059922668 A2255894

44059922668 TITO LIVIO COSTA COELHO SEXO: M IDADE: 51A 5M 16D

Receita: A/2255894 (20/01/2012) Atendimento: 24/02/2012 Validade LME/Receita: 31/03/2012

Prescritor CPF: 04237628698 - FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO JUNIOR

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Protocolo:

SENHA
D1310

[1]	Excesso Anterior	Quantidade		Excesso Atual
		Requisitado	Atendido	
15 fr. amp.		BETAFERON 9.600.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. 1 ml - SCHERING DO BRASIL		
TERMOLABEL	0	interferona beta 1b 9.600.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. 1 ml	15	0 ml

X *L. L. L.*

Reatendimento na farmácia **26/03/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **14:30**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.
Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:

Digitação: IVANI R.

Separação: _____

Entrega: _____



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
GRS - BELO HORIZONTE
SERVIÇO DE FARMÁCIA (FARMÁCIA AMBULATORIAL DE BELO HORIZONTE)
FICHA TÉCNICA DE DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS



44059922668 AZ531854



44059922668 TITO LIVIO COSTA COELHO

SEXO: M IDADE: 51A 5M 16D

Receita: A/2531854 (09/08/2012) Atendimento: **09/08/2012** Validade LME/Receita: 31/10/2012

Prescritor CPF: 04617928693 - PHILIPPE MÂRQUES DA CUNHA

Serviço: ASFAR ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

SENHA

Especialidade: DMED DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

R1431

Protocolo:

	Quantidade			
	Excesso Anterior	Requisitado	Atendido	Excesso Atual
[1] 15 fr. amp. BETA FERON 9.600.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. 1 ml - SCHERING DO BRASIL interferona beta 1b 9.600.000 UI/fr. amp. sol. injetável fr. amp. 1 ml				
TERMOLABEL	0	14	15	1 ml

X *L. L. Costa Coelho*

Reatendimento na farmácia **06/09/2012**

ATENÇÃO

Horário de Comparecimento **17:00**

O não comparecimento à farmácia na data/hora marcada implicará na remarcação do atendimento.

Este documento não substitui a receita. Trazer sempre a receita original.

Confira seus medicamentos

Informações (SAC):

Email:

Digitação: LUCCA.R

Separação:

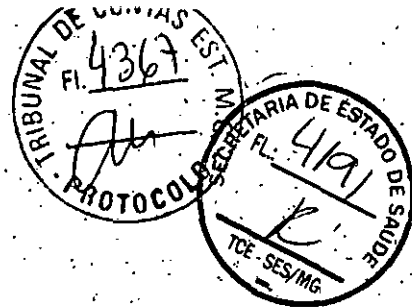
Entrega:



DOC. 10 – ANEXO IV



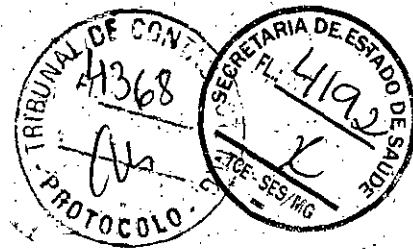
GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Memo SAF/SES/MG nº149/2013



ANEXO IV – Ofício Circular nº 26/2010 e Ofício Circular nº 01/2011 emitidos pelo Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde com informações sobre o faturamento de medicamentos do Componente Especializado da AF.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 8º Andar
CEP: 70.058-900 - Brasília - DF



Ofício Circular n.º 26 /2010/DAF/SCTIE/MS

Em 24 de maio de 2010.

Aos Coordenadores Estaduais da Assistência Farmacêutica

Assunto: Informações sobre a quantidade máxima de infliximabe e adalimumabe na Tabela SIGTAP

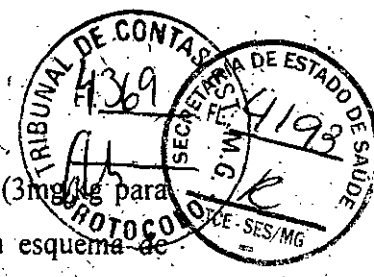
Prezados Senhores,

Ao cumprimentá-lo cordialmente, apresentamos informações referentes ao processamento da Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC) para o infliximabe e adalimumabe padronizados no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:

INFLIXIMABE:

Conforme descrito no Anexo IV da Portaria GM/MS nº 2.981 de 26 de novembro de 2009, há dois procedimentos padronizados para o infliximabe no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, decorrente da posologia diferenciada para cada indicação terapêutica (CID-10):

- Procedimento: 06.04.38.004-6 - INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML): Quantidade máxima: 02 frascos-ampolas para os CID-10 de Artrite Reumatóide (M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M080);
- Procedimento: 06.04.38.005-4 - INFLIXIMABE 10 MG/ML INJETAVEL (POR FRASCO-AMPOLA COM 10 ML): Quantidade máxima: 03 frascos-ampolas para os CID-10 de Artrite Psoriásica, Espondilite Ancilosante e Doença de Crohn (M070, M073, M45, K500, K501, K508).



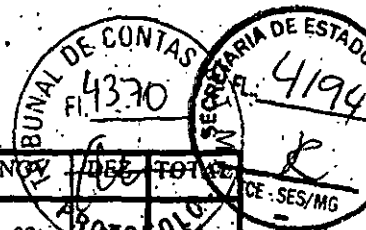
Considerando que a dose de infliximabe varia de acordo com a doença (3mg/kg para artrite reumatóide e 5mg/kg para as demais indicações terapêuticas), mas que seu esquema de administração requer uma dose de ataque diferente da dose de manutenção (administração nas semanas 0, 2 e 6 e, após a cada 8 semanas) e que, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) ainda não possui o aperfeiçoamento necessário para inserir sua complexidade posológica, foi necessário criar dois procedimentos e limitar a quantidade máxima, visando minimizar a apresentação compulsória de APAC com quantidade máxima mensal acima do racional terapêutico.

Nesse sentido, para evitar ônus financeiro para os estados e para evitar processamento irracional para este medicamento, salientamos que deve haver atenção especial durante o processamento de APAC. O SIA/SUS irá glosar as APAC com quantidades acima de 2 ou 3 frascos (dependendo do procedimento), mesmo sabendo que no início do tratamento a dose de ataque é maior do que aquela permitida na Tabela SIGTAP. Considerando que, para a definição da quantidade máxima definida na Portaria 2.981/2009, o Ministério da Saúde considerou a necessidade total/ano/paciente, os gestores estaduais devem processar as APAC mensalmente, mesmo não havendo dispensação em todos os meses. Essa ação possibilitará a manutenção do histórico da dose dos pacientes, evitará ônus para os estados e possibilitará uma melhor programação pelo Ministério da Saúde, visto que o infliximabe é um medicamento de aquisição centralizada. A seguir, apresentamos dois exemplos de como poderá ser realizado o processamento da APAC com a quantidade mensal.

Ex1: Paciente de 80kg com artrite reumatóide utilizará 24 ampolas no 1º ano e 18 ampolas no 2º ano de tratamento, conforme PCDT da artrite reumatóide:

MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº ampolas (1º ano de tratamento)	06	03	-	03	-	03	-	03	-	03	-	03	24
Nº ampolas (2º ano de tratamento)	-	03	-	03	-	03	-	03	-	03	-	03	18

Neste caso, poderá apresentar APAC com duas (02) ampolas mensais no primeiro ano e no segundo ano poderá apresentar APAC com a quantidade dispensada dispersa entre as três competências de sua vigência (Quadro abaixo).



MESES	JAN	FEV.	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº ampolas (1º ano processamento APAC)	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	24
Nº ampolas (2º ano processamento APAC)	02	01		02	02	02	02	01		02	02	02	18

Ex2: Paciente de 80 kg com Doença de Crohn utilizará 32 ampolas no 1º ano e 24 ampolas no 2º ano de tratamento, conforme PCDT da Doença de Crohn:

MESES	JAN	FEV.	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº ampolas (1º ano de tratamento)	08	04		04		04		04		04		04	32
Nº ampolas (2º ano de tratamento)		04		04		04		04		04		04	24

Neste caso, poderá apresentar APAC com três (03) ampolas nos primeiros oito meses e duas (02) ampolas nos quatro meses no primeiro ano e, no segundo ano poderá apresentar APAC com duas (02) ampolas mensais (Quadro abaixo).

MESES	JAN	FEV.	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº ampolas (1º ano processamento APAC)	03	03	03	03	03	03	03	03	02	02	02	02	32
Nº ampolas (2º ano processamento APAC)	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	24

ADALIMUMABE:

Atualmente, para o adalimumabe 40mg, a Portaria GM 2.981/2009 permite uma quantidade máxima de dois (02) frascos por mês. Como a Consulta Pública do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para doença de Crohn recomenda uma dose de ataque diferenciada da dose de manutenção, informamos que se, após a publicação da versão final do respectivo PCDT esta posologia permanecer, o Ministério da Saúde criará novo código na Tabela SIGTAP contemplando a posologia para esta doença, com processamento de APAC igual ao infliximabe.

LAUDO MÉDICO (LME)

Aproveitamos a oportunidade para informar e enfatizar que o Laudo Médico para solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é aquele apresentado no Anexo V da Portaria 2981/2009, não sendo permitidas alterações.

MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº ampolas (1º ano processamento APAC)	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	24
Nº ampolas (2º ano processamento APAC)	02	01		02	02	02	02	01		02	02	02	18

Ex2: Paciente de 80 kg com Doença de Crohn utilizará 32 ampolas no 1º ano e 24 ampolas no 2º ano de tratamento, conforme PCDT da Doença de Crohn:

MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº ampolas (1º ano de tratamento)	08	04		04		04		04		04		04	32
Nº ampolas (2º ano de tratamento)		04		04		04		04		04		04	24

Neste caso, poderá apresentar APAC com três (03) ampolas nos primeiros oito meses e duas (02) ampolas nos quatro meses no primeiro ano e, no segundo ano poderá apresentar APAC com duas (02) ampolas mensais (Quadro abaixo).

MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº ampolas (1º ano processamento APAC)	03	03	03	03	03	03	03	03	02	02	02	02	32
Nº ampolas (2º ano processamento APAC)	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	24

ADALIMUMABE:

Atualmente, para o adalimumabe 40mg, a Portaria GM 2.981/2009 permite uma quantidade máxima de dois (02) frascos por mês. Como a Consulta Pública do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica para doença de Crohn recomenda uma dose de ataque diferenciada da dose de manutenção, informamos que se, após a publicação da versão final do respectivo PCDT esta posologia permanecer, o Ministério da Saúde criará novo código na Tabela SIGTAP contemplando a posologia para esta doença, com processamento de APAC igual ao infliximabe.

LAUDO MÉDICO (LME)

Aproveitamos a oportunidade para informar e enfatizar que o Laudo Médico para solicitação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica é aquele apresentado no Anexo V da Portaria 2981/2009, não sendo permitidas alterações.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS.
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Ed. Sede, 8º Andar
CEP: 70.058-900 - Brasília - DF



Ofício Circular n.º 01/2011/DAF/SCTIE/MS

Brasília, 04 de janeiro de 2011.

Aos Coordenadores Estaduais da Assistência Farmacêutica.

Assunto: Informações sobre a quantidade máxima de Adalimumabe 40mg.

Prezados Senhores,

Em virtude da publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica do Ministério da Saúde (PCDT) – DOENÇA DE CROHN (Portaria SAS/MS nº 711, de 17 de dezembro de 2010), houve alteração da quantidade máxima para o Adalimumabe, visto que possui posologia distinta para essa doença no que se refere a dose de ataque (160 mg na semana 0 e 80 mg na semana 2), assim esclarecemos:

O medicamento apresentará dois procedimentos padronizados no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:

- Procedimento: 06.04.38.001-1 - ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA): Quantidade máxima: 02 - Apresentações de produção de APAC para os CID-10 (M050, M051, M052, M053, M058, M060, M068, M080); e
- Procedimento: 06.04.38.006-2 - ADALIMUMABE 40 MG INJETÁVEL (POR SERINGA PREENCHIDA): Quantidade máxima: 03 - Apresentações de produção de APAC para os CID-10 de Doença de Crohn (K500, K501, K508), publicado pela Portaria SCTIE nº 19, de 30 de dezembro de 2010 (anexo).

Considerando que o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) ainda não possui o aperfeiçoamento necessário para inserir sua complexidade posológica, foi necessário criar dois



procedimentos e limitar a quantidade máxima visando minimizar a apresentação compulsória de APAC com quantidade máxima mensal acima do racional terapêutico. Assim, deverá haver atenção especial durante o processamento de APAC pelos estados visto que, o paciente continuará a receber o medicamento normalmente de acordo com sua periodicidade de administração, no entanto o estado processará a APAC de acordo com a média mensal a ser utilizada pelo ano. A seguir, segue exemplo de como poderá ser realizado o processamento da APAC com a quantidade mensal para os pacientes novos com mais de 18 anos com diagnóstico de Doença de Crohn com atividade inflamatória intestinal moderada a grave ou Doença de Crohn complicada por fístulas, e que preencham os demais critérios preconizados no respectivo PCDT. O exemplo abaixo é apenas de caráter ilustrativo, não sendo esse modelo o obrigatório a ser reproduzido pelos estados.

Ex: considerando a dose de ataque, o paciente utilizará até sete ampolas no primeiro mês.

MESES	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº ampolas no 1º ano de tratamento	07	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	02	29
Nº ampolas (1º ano processamento APAC)	03	03	03	03	03	02	02	02	02	02	02	02	29

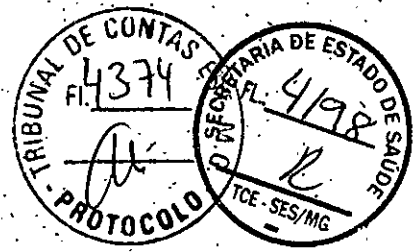
Ressalta-se que as alterações acima descritas terão a sua vigência a partir da competência de janeiro de 2011.

Salienta-se que o Departamento Nacional de Auditoria do SUS será informado sobre essa orientação aos estados, no intuito de não prejudicar a execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Este Departamento de Assistência Farmacêutica está a disposição para informações adicionais e conta com a colaboração de todos.

Atenciosamente,

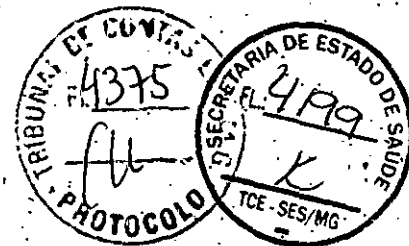
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS



DOC. 10 – ANEXO V



GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Memo SAF/SÉS/MG nº149/2013



ANEXO V – Exemplos de relatórios emitidos pela Diretoria de Medicamentos de Alto Custo/SAF -SES-MG para monitoramento da geração de APAC pelas regionais de saúde de Minas Gerais, emitidos no período de 2008 a 2012.

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA
GERÊNCIA DE MEDICAMENTOS EXCEPCIONAIS

Monitoramento de Operacionalização do Sistema - 2009

GRS	Inconsistências de dados - Total	Inconsistências de dados - Média Anual	CID Incompatível autorizado - Total	CID Incompatível autorizado - Média Anual	Apac's impressas								Itens Dispensados - Excesso Analítico - Total	Itens Dispensa - Excesso Analítico - Média Anual
					Apac's impressas - Total	Apac's Impressas - Média Anual	Média Diária - Total	Média Diária - Média Anual	Atendimentos - Total	Atendimentos - Média Anual	Porcentagem - Total	Porcentagem - Média Anual		
Belo Horizonte	84	7	2932	244	268.608	22.384	13.202	1.100	266.481	22.207	1213%	101,1%	321	
Uberlândia	2	0	223	19	59.385	4.949	2.897	241	58.103	4.842	1215%	101,3%	3	
Ituiutaba	1	0	1517	126	15.348	1.279	751	63	15.898	1.325	1177%	98,1%	29	
Uberaba	0	0	1957	163	36.045	3.004	1.769	147	37.364	3.114	1172%	97,7%	42	
Divinópolis	10	1	2089	174	54.245	4.520	2.656	221	55.277	4.606	1180%	98,4%	15	
Itabira	11	1	43	4	28.387	2.366	1.395	116	28.089	2.341	1213%	101,1%	10	
Diamantina	2	0	94	3	6503	542	320	27	6747	562	1155%	96,3%	17	
Coronel Fabriciano	0	0	313	26	25.994	2.166	1.276	106	26.549	2.212	1176%	98,0%	72	
Governador Valadares	0	0	146	12	29.298	2.442	1.438	120	29.423	2.452	1197%	99,7%	2	
Teófilo Otoni	1	0	477	40	11116	926	547	46	11641	970	1149%	95,8%	63	
Patos de Minas	1	0	8	1	26.477	2.206	1.293	108	25.525	2.127	1250%	104,1%	15	
Unaí	0	0	0	0	4652	388	228	19	4847	404	1150%	95,9%	7	
Pedra Azul	0	0	10	1	1789	149	87	7	1776	148	1200%	100,0%	0	
Montes Claros	0	0	26	2	26.170	2.181	1.286	107	26.753	2.229	1175%	97,9%	27	
São João Del Rei	3	0	141	12	10999	917	540	45	11072	923	1197%	99,7%	19	
Passos	0	0	345	29	21.621	1.802	1.060	88	21.904	1.825	1186%	98,8%	0	
Ponte Nova	0	0	45	4	14.856	1.238	731	61	15.007	1.251	1189%	99,1%	1	
Juiz de Fora	3	0	187	16	42.518	3.543	2.100	175	40.223	3.352	1258%	104,8%	40	
Ubá	0	0	0	0	26.142	2.179	1.289	107	26.045	2.170	1206%	100,5%	1	
Alfenas	9	1	590	49	16062	1.339	787	66	17.045	1.420	1130%	94,1%	29	
Januária	0	0	0	0	3267	272	159	13	3319	277	1173%	97,8%	39	
Pirapora	0	0	4	0	1769	147	87	7	1783	149	1195%	99,6%	29	
Pouso Alegre	10	1	0	0	33.818	2.818	1.666	139	34.153	2.846	1203%	100,3%	25	
Leopoldina	2	0	17	1	11576	965	569	47	11043	920	1262%	105,2%	0	
Varginha	4	0	432	36	55.760	4.647	2.754	229	53.953	4.496	1247%	103,9%	27	
Sete Lagoas	0	0	359	30	21.776	1.815	1.070	89	22.645	1.887	1157%	96,4%	21	

Elaborado por: Juliana Cristina Oliveira e Leandro Martins da Silva

Mary Jerônimo de Paulo
Coordenadora de Informações

Renata Cristina Resende Macedo
Gerente de Medicamentos de Alto Custo



TERMO DE ENCERRAMENTO

Aos 09 dias do mês de Julho de 2014, procedemos ao encerramento deste volume nº 21, do processo/convênio nº 867.742, contendo 200 folhas, abrindo-se em seguida o volume nº 22.

Para constar, eu, Mariley Simone Celestino Marques Azevedo, servidor (a) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais – SES/MG, lavrei o presente termo, que vai por mim assinado.

Belo Horizonte, 09/07/2014.

Masp 1.334.830-5



TRIBUNAL DE CONTAS DO
ESTADO DE MINAS GERAIS



TERMO DE ENCERRAMENTO DE VOLUME

Em 23/09/2014 faço o encerramento do volume nº 21 do processo nº 932626, contendo 204 folhas, incluindo este Termo, sendo o último documento:
TERMO DE ENCERRAMENTO



PROTOCOLO

JOÃO VITORINO SACRAMENTO