COMPROVANTE DE PROTOCOLO – SAPL					
Nº	272/2024	DATA	29/04/2024	HORA	17:52:50
X	INDICAÇÃO		REQUERIMENTO		MOÇÃO

INDICAÇÃO Nº 057/2024

AUTORIA: Vereador Leonardo Leite Ribeiro (PP) – Em Coautoria com os Vereadores Cleide Maria Maschião Aleixo (PSB); Demilson Augusto de Carvalho (PSB); Elton Jones Bettio (MDB); Eva da Silva Pereira (PSB) e Luís Cesar de Lara Pinto Filho (PL).

Os Vereadores que estes subscrevem, vem na forma regimental em vigor, solicitar à Mesa Diretora, ouvido o soberano Plenário, o envio deste expediente ao Excelentíssimo Senhor **Paulo Roberto Araújo**, Deputado Estadual (PP), solicitando providências quanto a necessidade de garantir atendimento diferenciado para pessoas com diabetes em nosso município, independente da idade.

JUSTIFICATIVA:

Por meio desta indicação, com documentação em anexo, viemos expressar a necessidade premente de garantir atendimento prioritário para todas as pessoas com diabetes em nosso município. Como representantes eleitos, é nossa responsabilidade assegurar que todos os cidadãos, independentemente de sua idade, tenham acesso justo e igualitário aos serviços de saúde e apoio necessários para enfrentar essa condição crônica.

A diabetes é uma doença que não faz distinção de idade, afetando crianças, adolescentes, adultos e idosos. É uma condição que demanda cuidados contínuos, monitoramento rigoroso e acesso regular a medicamentos, tratamentos e serviços de saúde especializados. No entanto, muitas pessoas, independentemente de sua faixa etária, enfrentam dificuldades para obter esse acesso devido a diversas barreiras.

Portanto, solicitamos que Vossa Excelência, como representante do povo em nosso Estado, discuta por meio da Comissão Permanente de Saúde, Previdência e Assistência Social desta Casa de Leis e, apoie e promova iniciativas que garantam: - *Prioridade no acesso a consultas médicas, exames e tratamentos para todas as pessoas com diabetes, independentemente de sua idade, visando a redução das filas de espera e o atendimento eficiente e oportuno e ampliação da oferta de medicamentos e insumos necessários para o controle da diabetes, garantindo o abastecimento regular nas unidades de saúde para todas as faixas etárias.*

Estamos certo de que, ao trabalharmos juntos em prol dessa causa, poderemos fazer uma diferença significativa na vida de todas as pessoas afetadas pela diabetes em nosso município. Contamos com o apoio e a colaboração de Vossa Excelência para tornar essa indicação uma realidade em benefício de nossa comunidade, independentemente da idade.

Plenário "José Nogueira Paniago", aos 06 de maio de 2024.

Leonardo Leite Ribeiro
Vereador Autor (PP)

Indicação nº 057/2024

Cleide Maria Maschião Aleixo
Vereadora Coautora (PSB)

Demilson Augusto de Carvalho
Vereador Coautor (PSB)

Elton Jones Bettio
Vereador Coautor (MDB)

Eva da Silva Pereira
Vereadora Coautora (PSB)

Luís Cesar de Lara Pinto Filho
Vereador Coautor (PL)

RELAÇÃO EXAMES PROTOCOLO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

assistência farmacêutica

PCDT	CID-10	MEDICAMENTOS	RELAÇÃO EXAMES ABERTURA	RELAÇÃO DOCUMENTOS MONITORAMENTO	OBSERVAÇÕES / COMPLEMENTAÇÕES A CERCA DE CADA PROTOCOLO OU MEDICAMENTO
Diabetes Melito tipo 2	E11 0 - Diabete melito não insulino-dependente E11.2 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações renais E11.3 - Diabete melito não insulino-dependente-com complicações oftálmicas E11.4 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações neurológicas E11.5 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações circulatórias periféricas E11.6 - Diabete melito não insulino-dependente com outras complicações especificadas E11.7 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações múltiplas E11.8 - Diabete melito não insulino-dependente com complicações não especificadas E11.9 - Diabete melito não insulino-dependente sem complicações	Dapagliflozina 10 mg comprimido grupo 2	Hemoglobina glicada ; Glicemia em jejum; Taxa de filtração glomerular (perfil lipídico, creatinaina sérica, proteinúria e fundoscopia) OBRIGATÓRIOS? SOMENTE PACIENTES A PARTIR DE 65 ANOS	Hemoglobina glicada; Glicemia em jejum Periodicidade: semestral. Perfil lipídico; Fundoscopia; Periodicidade: anual. ?	
Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite	**E78.0 Hipercolesterolemia pura** **E78.1 Hipertrigliceridemia pura** **E78.2 Hiperlipidemia mista** **E78.3 Hiperquilomicronemia** **E78.4 Outras hiperlipidemias** **E78.5 Hiperlipidemia não especificada** **E78.6 Deficiências de lipoproteínas** **E78.8 Outros distúrbios do metabolismo de lipoproteínas**	**Ácido nicotínico 250 mg comp de lib prol grupo 2** **Ácido nicotínico 500 mg comp de lib prol grupo 2** **Ácido nicotínico 750 mg comp de lib prol grupo 2** **Atorvastatina 10 mg comp grupo 2** **Atorvastatina 20 mg comp grupo 2** **Atorvastatina 40 mg comp grupo 2** **Atorvastatina 80 mg comp grupo 2** **Fluvastatina 20 mg cap grupo 2** **Fluvastatina 40 mg cap grupo 2** **Lovastatina 10 mg comp grupo 2** **Lovastatina 20 mg comp grupo 2** **Lovastatina 40 mg comp grupo 2** **Pravastatina 10 mg comp grupo 2** **Pravastatina 20 mg comp grupo 2** **Pravastatina 40 mg comp grupo 2** **Etofibrato 500 mg cap grupo 2** **Fenofibrato 200 mg cap grupo 2** **Fenofibrato 250 mg cap de lib retard grupo 2** **Bezafibrato 200 mg drágea ou comp grupo 2** **Bezafibrato 400 mg comp dc desint lenta grupo 2** **Ciprofibrato 100 mg comp grupo 2** **Genfibrozila 600 mg comp grupo 2** **Genfibrozila 900 mg comp grupo 2**	**Cardiologista / Geriatra** **B-HCG sérico para mulheres em idade fértil** **Colesterol Total (HDL, LDL)** **Triglicerídeos** **TGP e TGO;** **TSH;** **CPK** Termo de esclarecimento e responsabilidade – ter	**Cardiologista / Geriatra** **Colesterol Total (HDL, LDL)** **Triglicerídeos** **TGP e TGO;** **TSH;** **CPK** **Periodicidade: semestral.**	
Distonias focais e espasmo hemifacial	G24.3 Torcicolo espasmódico G24.4 Distonia orofacial idiopática G24.5 Blefaroespasmo G24.8 Outras distonias G51.3 Espasmo hemifacial clônico G51.8 Outros transtornos do nervo facial	Toxina botulinica tipo a 100 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a Toxina botulinica tipo a 500 u pó liof inj (fr-amp) grupo 1.a	Fisiatra / Neurologista B-HCG sérico para mulheres em idade fértil Ponto de aplicação	Fisiatra / Neurologista Beta- HCG para mulheres em idade fértil Periodicidade: A cada 3, 4 ou 6 meses	

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

( ) Coridrato de Metformina
( ) Glibenclamida
( ) Gliclazida
( ) Insulina NPH
( ) Insulina regular
(X) Dapagliflozina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável: HUMBERTO JESUS ROMIO	CRM: 4355	UF: MT
Dr. Humberto Jesus Romio CRM MT 4355 Assinatura e carimbo do médico		
Data: 22/03/24		

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Cloridrato de Metformina, Glibenclamida, Gliclazida, Insulina NPH, Insulina Regular, Dapagliflozina

Eu, MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO
(nome do[a] paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **cloridrato de metformina, glibenclamida, gliclazida, insulina NPH, insulina regular e dapagliflozina**, indicados para o tratamento da **Diabete Melito Tipo 2**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) HUMBERTO JESUS ROMIO
(nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:
- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais; e
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- Efeitos adversos do cloridrato de metformina: gravidez; insuficiência renal com TFG <30ml/min/1,73m2, hepática descompensada, cardíaca ou pulmonar, e acidose grave; pré e pós operatório e em pacientes submetidos a exame de imagem com contraste.

- Efeitos adversos da glibenclamida e gliclazida: gravidez; insuficiência renal ou hepática.

- Efeitos adversos da insulina NPH e regular: não há contraindicações absolutas. Atentar para hipoglicemias. Reações alérgicas são raras, usualmente cutâneas e passíveis de manejo com dessensibilização ou troca de apresentação.

- Efeitos adversos da dapagliflozina: gravidez e período de lactação; não deve ser usado em pacientes com disfunção renal moderada a grave (com TFG estimada persistentemente inferior a 45 mL/min/1,73 m²).

Ressalta-se que o risco de ocorrência de efeitos adversos aos medicamentos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.
(X) Sim ( ) Não

DANFE - DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

energisa

ENERGISA MATO GROSSO - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A
Rua Vereador João Barbosa Caramuru, 184
Cuiabá/MT - CEP 78010-900
CNPJ 03.467.321/0001-99 Insc. Est. 13.020.426-0

Classificação: MTC - CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / B1 RESIDENCIAL / RESIDENCIAL **Tipo de Fornecimento:** BIFÁSICO

TENSÃO NOMINAL EM VOLTS **Disp.:** 127 **Lim. mín.:** 117 **Lim. máx.:** 133

MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO

RUA QUATRO, 225 / QD PL LT 07 - VILA NOVA
AGUA BOA / MT CEP: 78635000 (AG: 110)
ROTEIRO: 14 - 152 - 21 - 3226

CPF/CNPJ/RANI: 583.687.301-30

CÓDIGO DO CLIENTE
6/2586134-5
CÓDIGO DA INSTALAÇÃO
00001312556

REF: MÊS / ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Mar / 2024	01/04/2024	R$ 343,50

NOTA FISCAL Nº 027042071 - SÉRIE 001
DATA EMISSÃO/APRESENTAÇÃO: 22/03/24
Consulte pela Chave de Acesso em:
https://www.sefaz.mt.gov.br/nf3e/consulta

Chave de Acesso:
5124 0303 4673 2100 0199 6600 1027 0420 7120 0650 3318

EMITIDO EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização

- Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 1 / 2024) R$ 171,88
-Informamos que o Procon Estadual está no endereço: Ganha Tempo Ipiranga, Travessa Paes de Oliveira, Cuiabá-MT, CEP: 78.005-260. Telefone: (65) 3613-2100.

- Seu CPF foi protestado? Consulte através do site: http://pesquisaprotesto.com.br
Compartilhar alivia a dor. Ligue 188

Datas de Leituras	Leitura Anterior	Leitura Atual	Nº Dias	Próxima Leitura
	22/02/24	22/03/24	29	23/04/2024

ITENS DA FATURA	Unid.	Quant.	Preço unit c/tributos (R$)	Valor Total (R$)	PIS/ Cofins (R$)	Base Calc. ICMS (R$)	Alíq ICMS (%)	ICMS (R$)	Tarifa unit. (R$)
Consumo em kWh	KWH	267	1,132600	302,40	15,25	302,40	17	51,40	0,882910
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
Contrib de Ilum Pub				33,99	0,00	0,00	0	0,00	
JUROS DE MORA 02/2024				1,56	0,00	0,00	0	0,00	
MULTA 02/2024				4,92	0,00	0,00	0	0,00	
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2024				0,63	0,00	0,00	0	0,00	
TOTAL:				343,50	15,25	302,40		51,40	

CONSUMO / kWh

CONSUMO FATURADO

		Nº DIAS FAT
Mar/24	267	29
Fev/24	217	30
Jan/24	325	32
Dez/23	317	29
Nov/23	343	31
Out/23	352	31
Set/23	346	30
Ago/23	273	30
Jul/23	252	31
Jun/23	265	30
Mai/23	315	30
Abr/23	323	32
Mar/23	275	29
Média	300	30

* Faturamento pela média/mínimo

Tributo	Base de Cálc. (R$)	Alíquota (%)	Valor (R$)
PIS/PASEP	250,99	1,0845	2,72
COFINS	250,99	4,9965	12,53
ICMS	302,40	17,0000	51,40

RESERVADO AO FISCO
LC 708/2021 (RICMS/MT) - Art. 14, VII, "a", item 3
EMITIDO EM CONTINGÊNCIA
Pendente de autorização

Medidor	Grandezas	Postos horários	Leitura Anterior	Leitura Atual	Const Medidor	Consumo kWh
00001312556	KWH	Total	33055	33322	1	267

Situação de Débitos

ÁGUA BOA PREFEITURA | Secretaria de Saúde

RENOVAÇÃO E TRABALHO — GESTÃO 2021/2024

PREFEITURA MUNICIPAL DE ÁGUA BOA - MT
Secretaria Municipal de Saúde

ESF [illegible]

FICHA ÍNDICE

MA: 14 Matrícula Familiar: 058 Número de Membros: 03

Nome do Responsável: Maridete Pereira dos Santos

CPF: _____ RG: Alvis Cardoso

Logradouro: Rua 04 PL nº 225 Bairro: Vila Nova

Ponto de Referência: Loteamento Portal Lago

Telefone: 3468-2012

Assinatura do ACS: Aline G. (Provisória) Data: 24/02/23

GRÁFICA CALIXTO (66) 3468-2260

Nº	NOME	DOCUMENTO	DATA DE NASCIMENTO
01	Maridete Pereira dos Santos Alves Cardoso		09/02/68
02	Raimundo Alves Cardoso		10/03/64
03	Ranjel dos Santos Cardoso		29/01/04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. AROLDO MENDES DE PAIVA

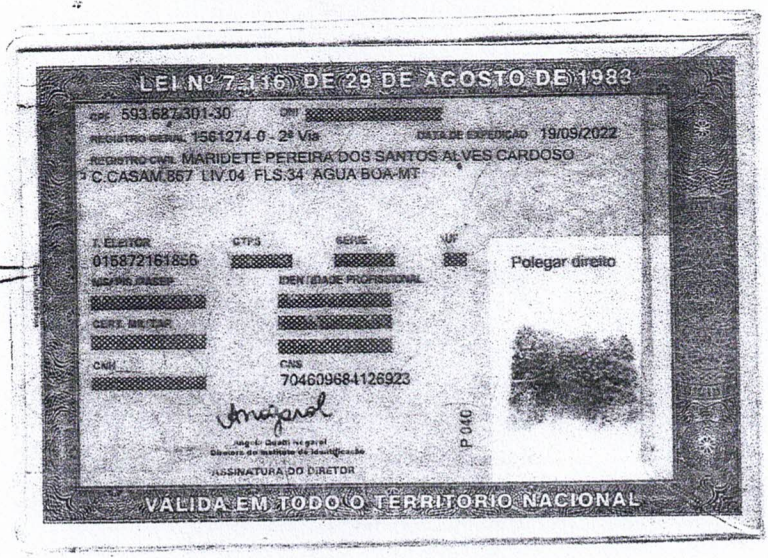
NOME MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO

FILIAÇÃO
NAZIRA PEREIRA DOS SANTOS

DATA NASCIMENTO 09/02/1968
NATURALIDADE GOIAS GO
TIPO/FATOR RH AB+ ÓRGÃO EXPEDIDOR SSP/MT
OBSERVAÇÃO [redacted]

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



LEI Nº 7.116, DE 29 DE AGOSTO DE 1983

CPF 593.687.301-30 DN [redacted]
REGISTRO GERAL 1561274-0 - 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 19/09/2022
REGISTRO CIVIL MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO
C.CASAM.867 LIV.04 FLS.34 AGUA BOA-MT

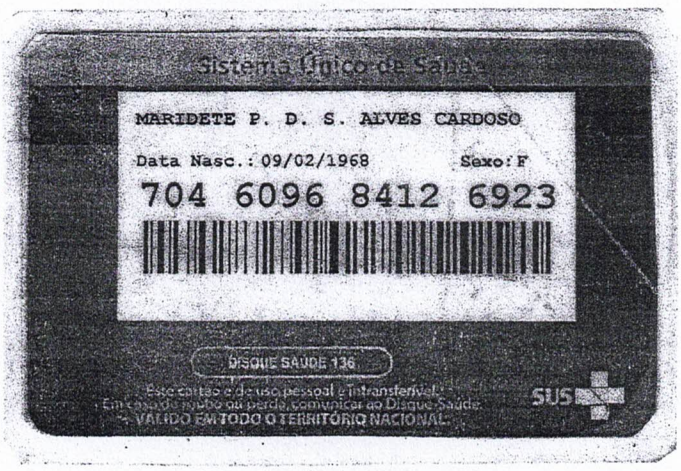
T. ELEITOR 015872161856 CTPS [redacted] SÉRIE [redacted] UF [redacted]
IDENTIDADE PROFISSIONAL [redacted]
CERT. RESERVISTA [redacted]
CNH [redacted]
CNS 704609684126923

Polegar direito

P040

ASSINATURA DO DIRETOR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


Sistema Único de Saúde
MARIDETE P. D. S. ALVES CARDOSO
Data Nasc.: 09/02/1968
Sexo: F
704 6096 8412 6923
DISQUE SAÚDE 136
Este cartão é de uso pessoal e intransferível!
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque Saúde
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
SUS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE ÁGUA BOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
LABORATORIO MUNICIPAL DE AGUA BOA

Exame Nº.:526406/ **RESULTADO DE EXAMES**

Paciente: **MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO** **Prontuário.:** 526406

CPF: 593.687.301-30 **RG:** 15612740 **Idade:** **56 Anos.**

Solicitante: Dr(a): HUMBERTO JESUS ROMIO

Laboratório Municipal **Data Coleta:** 01/04/2024 SEQUÊNCIA: 28

Exame: LIPIDOGRAMA COMPLETO
Amostra : SORO EM JEJUM DE 8 HORAS
Metodo : AUTOMATIZADO

	Valor Encontrado	Valor de Referência
Colesterol Total	240,00	valor: Desejal <170.0 unid:mg/dl 2 a 19 anos valor: Desejavel<190.0 unid:mg/l 20 a 100 anos
Colesterol HDL	42,00	Desejavel >45.0 Unid:mg/dl 2 a 19 anos Desejavel >40.0 Unid:mg/dl 20 a 100 anos
Colesterol VLDL	25,00	Segundo Novo Consenso Brasileiro, nao existe mais valor de referencia para a fracao VLDL do colesterol.
Colesterol LDL	173,00	Desejavel: <110.0 2 a 19 anos Desejável: de 100,0 a 129.0 20 a 100 anos Limítrofe: 130.0 a 159,0 Alto: 160,0 a 189,0 Muito alto: >= 190,0
Relação (Col. Total / Col. HDL)	5,71mg/dl	
Aspecto do soro	Límpido	
Triglicerideos	125,00	Desejavel < 90.0 Unid:mg/dl 2 a 19 anos Desejavel <150.0 Unid:mg/dl 20 a 100 anos

Observação: Valores sugeridos para categoria de risco cardiovascular estimado para adulto acima de 20 anos.
Triglicerídeos >440,0 mg/dL, sugere-se proceder nova dosagem em amostra coletada com jejum de 12 horas.
As frações de colesterol são calculadas através de fórmula (Fridewald e Martin).

Ana Paula Maldaner Bertol
Biomédica - CRBM-GO 4104
SMS - Água Boa - MT

Liberado com a assinatura eletrônica do profissional.

Os exames sofrem influência fisiológica, patológica, medicamentosa, ambiental, de idade, sexo e outras. A interpretação clínica deverá levar em consideração o motivo da indicação do exame e o estado metabólico do paciente.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE MATO GROSSO
MUNICÍPIO DE ÁGUA BOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
LABORATORIO MUNICIPAL DE AGUA BOA

Secretaria de Saúde
ÁGUA BOA
RENOVAÇÃO E TRABALHO

Exame Nº.:526406/ **RESULTADO DE EXAMES**

Paciente: **MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO** **Prontuário.:** 526406

CPF: 593.687.301-30 **RG:** 15612740 **Idade:** 56 Anos.

Solicitante: Dr(a): HUMBERTO JESUS ROMIO

Laboratório Municipal **Data Coleta:** 01/04/2024 SEQUÊNCIA: 28

Exame: HEMOGLOBINA GLICOSILADA (HBA1C)
Amostra : SANGUE TOTAL
Metodo : IMUNODETECÇÃO POR FLUORESCÊNCIA

	Valor Encontrado	Valor de Referência
RESULTADO	10,1	< 6.5 %

Observação:

Ana Paula S. Beckmann

ANA PAULA S. BECKMANN
FARMACÊUTICA BIOQÜÍMICA
CRF-MT 562351

Liberado com a assinatura eletrônica do profissional.

Laboratório Clínico
Prevenção

ANÁLISES CLÍNICAS, ANATOMIA PATOLÓGICA E CITOLOGIA
Água Boa: Rua 03, N° 955 - Centro II- MT | Telefone: (66) 99951-9569
Canarana: Avenida Paraná, N°133 - Centro - MT | Telefone: (66) 99620-1303
Responsável Técnico: Dr. Tiago Dagios Vendruscolo - CRBM/3: 2918
Acesse: www.resultadosprevencao.com.br

Paciente : **MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO**
Idade : 56 Anos 1 Meses 26 Dias
Convênio : PARTICULAR MATO GROSSO
Médico(a): HUMBERTO JESUS ROMIO

Protocolo : **0388437**
RA :
Cadastro : 04/04/2024
Emissão : 10/04/2024

ESTIMATIVA TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR

Metodo: ENZIMÁTICO - CÁLCULO
Material: SORO

	Resultado	**Valor de referência**
CREATININA:	0,65 mg/dL	0,40 a 1,10 mg/dL
ETFG NEGROS:	Superior a 90 mL/min/1,73m²	
ETFG BRANCOS OU OUTROS:	Superior a 90 mL/min/1,73m²	Normal.....: Superior a 90 mL/min/1,73m² (estádio G1) Redução Discreta.....: 89 a 60 mL/min/1,73m² (estádio G2) Redução Discreta-Moderada: 59 a 45 mL/min/1,73m² (estádio G3a) Redução Moderada-Severa..: 44 a 30 mL/min/1,73m² (estádio G3b) Redução Severa.....: 29 a 15 mL/min/1,73m² (estádio G4) Falência Renal.....: Inferior a 15 mL/min/1,73m² (estádio G5)

Liberado por: CRBM-3: 17262 Dra. Glenifer Galvao Oliveira

Liberado em 10/04/2024 às 15:52 por
Dra. Jaciara A.B. Santos
Biomedica
CRBM-3 16432

PROTEINURIA 24 HORAS

Metodo: COLORIMÉTRICO
Material: URINA 24 HORAS

	Resultado	**Valor de referência**
VOLUME:	3.900 mL	
PROTEÍNA URINÁRIA - 24 HORAS:	172 mg/24 horas	Em repouso: 50 a 80 mg/24 horas Após exercício físico intenso e em gestantes: Inferior a 300 mg/24 horas

Liberado por: DB CNES:4061934 Dr. Willian Fidencio CRBM/3 17.596

Liberado em 10/04/2024 às 15:52 por
Dra. Jaciara A.B. Santos
Biomedica
CRBM-3 16432

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

( ) Coridrato de Metformina
( ) Glibenclamida
( ) Gliclazida
( ) Insulina NPH
( ) Insulina regular
(X) Dapagliflozina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
Marcileta Pedrosa Cardoso Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável: HUMBERTO JESUS ROMIO	CRM: 4355	UF: MT
Dr. Humberto Jesus Romio CRM MT 4355 Assinatura e carimbo do médico		
Data: 22/03/24		

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

Cloridrato de Metformina, Glibenclamida, Gliclazida, Insulina NPH, Insulina Regular, Dapagliflozina

Eu, MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO.
(nome do[a] paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **cloridrato de metformina, glibenclamida, gliclazida, insulina NPH, insulina regular e dapagliflozina**, indicados para o tratamento da **Diabete Melito Tipo 2**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo(a) médico(a) HUMBERTO JESUS ROMIO
(nome do médico que prescreve). Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos pelos eventuais efeitos indesejáveis.

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:
- prevenção das complicações da doença;
- controle da atividade da doença;
- melhora da capacidade de realizar atividades funcionais; e
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos colaterais e riscos:

- Efeitos adversos do cloridrato de metformina: gravidez; insuficiência renal com TFG <30ml/min/1,73m2, hepática descompensada, cardíaca ou pulmonar, e acidose grave; pré e pós operatório e em pacientes submetidos a exame de imagem com contraste.

- Efeitos adversos da glibenclamida e gliclazida: gravidez; insuficiência renal ou hepática.

- Efeitos adversos da insulina NPH e regular: não há contraindicações absolutas. Atentar para hipoglicemias. Reações alérgicas são raras, usualmente cutâneas e passíveis de manejo com dessensibilização ou troca de apresentação.

- Efeitos adversos da dapagliflozina: gravidez e período de lactação; não deve ser usado em pacientes com disfunção renal moderada a grave (com TFG estimada persistentemente inferior a 45 mL/min/1,73 m^2).

Ressalta-se que o risco de ocorrência de efeitos adversos aos medicamentos aumenta com a superdosagem.

Estou ciente de que este(s) medicamento(s) somente pode(m) ser utilizado(s) por mim, comprometendo-me a devolvê-lo(s) caso não queira ou não possa utilizá-lo(s) ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido (a), inclusive em caso de desistir de usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.
(X) Sim ( ) Não

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(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES*: 2473046

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante: HOSPITAL REGIONAL DE AGUA BOA -MT

3- Nome completo do Paciente*: MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO

5-Peso do paciente*: 78. kg

4- Nome da Mãe do Paciente*: Nazira Pereira dos Santos

6-Altura do paciente*: 1.50 cm

	7- Medicamento(s)*	8- Quantidade solicitada* 1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	DAPAGLIFLOZINA 10mg	30	30	30	30	30	30
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10*: E.11.8

10- Diagnóstico: DIABETES MELITO NÃO INSULINO-DEPENDENTE

11- Anamnese*: PACIENTE DIABÉTICA DE DÍFICIL CONTROLE COM, DEFCIT NA VISÃO.

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

☐ NÃO ☒ SIM. Relatar: DAPAGLIFLOZINA 10mg

13- Atestado de capacidade*

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

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

14- Nome do médico solicitante*: HUMBERTO JESUS ROMIO

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*: 708 9037 1203 7426

16- Data da solicitação*: 22/03/24

17- Assinatura e carimbo do médico*

Dr. Humberto Jesus Romio CRM MT 9355

18- **CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR***: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante ☐ Outro, informar nome: _____ e CPF _____

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

☐ Branca ☐ Amarela
☒ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente: (66) 98463-4579

21- Número do documento do paciente

☒ CPF ou ☐ CNS 593.687.301-30

22- Correio eletrônico do paciente

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Água Boa, 12 de abril de 2024

OFÍCIO nº 58/2024 - Farmácia Municipal/SMS/AB

Para: CEAF - SETOR CADASTRO/ Cuiabá/ SES-MT

Ementa: COMPOR PROCESSO/ INCLUSÃO

Prezado Senhor,

Cumprimentando cordialmente Vossa Senhoria, venho por meio deste, encaminhar documentação em anexo para **COMPOR PROCESSO** de medicamento pertencente ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Alto Custo), o qual segue especificado abaixo para o respectivo paciente:

NOME	CNS	MEDICAMENTO	DOCUMENTOS
		CID - H40.1 - Travaprosta 0,4mg/ml 02 fras.	LME, RECEITA, DOCS. PESSOAIS E COMPROVANTE ENDEREÇO.
)ETE PEREIRA DOS OS ALVES CARDOSO	704609684126923	CID - E11 - Dapagliflozina 10mg 30 cpr atende pacientes acima de 65 anos	LME, RECEITA, DOCS. PESSOAIS E COMPROVANTE ENDEREÇO.
		CID - F20 - Olanzapina 10mg 30 cpr	LME, RECEITA, DOCS. PESSOAIS E COMPROVANTE ENDEREÇO.

Talita Mattioni Sari
Farmacêutica - CRF/MT 586561
Secretaria Municipal de Saúde
Água Boa - MT

Recebido Cristiane 16/04

Talita Mattioni Sari
Farmacêutica CRF/MT 586561 - Água Boa/MT

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO ARAGUAIA

CNPJ: 02.427.361/0001-44

Tel.: (66) 3468-1246

Rua 16, nº 150 - Centro II - Cep 78635-000 - Água Boa - Mato Grosso

RECEITUÁRIO

MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO

1. Hemoglobina Glicada
2. Glicemia de Jejum
3. Taxa de filtração glomerular
4. Perfil lipídico
5. Creatinina
6. Proteinúria

Dr. Humberto Jesus Rotta
CRM 21.347

ÁGUA BOA, 22/03/24

MÉDICO

GRÁFICA CALIXTO (66) 3468-2260

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

MUNICÍPIO DE ÁGUA BOA - MT
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ÁGUA BOA PREFEITURA
Secretaria de Saúde
RENOVAÇÃO E TRABALHO
GESTÃO 2021/2024

RECEITUÁRIO

Nome: MARIDETE PEREIRA DOS SANTOS ALVES CARDOSO

USO ORAL!

(1) DAPAGLIFLOZINA 10 mg ——— 30cp.

TOMAR 1cp / dia

Dr. Humberto Jesus Ramos
CRM MT 4355

Data: 22/03/24

Carimbo e Assinatura

Constitui Crime Contra a Administração Pública o Uso deste Impresso Fora dos Serviços da Secretaria Municipal de Saúde.