


ANEXO III

| | |
|---|--|
|  <p>MINISTÉRIO DA DEFESA EXÉRCITO BRASILEIRO 13ª BRIGADA DE INFANTARIA MOTORIZADA</p> | FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO TÉCNICA E AUTORIZAÇÃO |
|---|--|

| | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--------|---|---|---|---|
| 1. NOME COMPLETO DO PACIENTE | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. NÚMERO DO CARTÃO FUSEX: | 1 | 4 | 4 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 7 | 3. CID | E | 3 | 4 | 3 |

| |
|--------------------------|
| AVALIAÇÃO TÉCNICA |
|--------------------------|

| |
|--|
| 4. Nome (s) do (s) medicamentos (s)/ produtos médicos (s) |
|--|

| | |
|---|-----------------------------------|
| 1 | Somatropina 8mg/ml |
| 2 | Embonato de Triptorelina 11,25 mg |

| |
|-----------------------|
| 5. DEFERIMENTO |
|-----------------------|

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença, bem como as demais exigências da EB xx-IR-xx.xxx.

Defiro a solicitação do (s) medicamento (s) descrito (s) na numeração (X) 1 (X) 2

| |
|---------------------------|
| 6. Observação: NDN |
|---------------------------|

| |
|---------------------|
| 7. DEVOLUÇÃO |
|---------------------|

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

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

- () Preenchimento incompleto: () 1 () 2
 () Preenchimento incorreto: () 1 () 2
 () Ausência de documentação: () 1 () 2
 () Ausência de exame: () 1 () 2
 () Outros: () 1 () 2

| |
|--------------------------|
| 8. Especificação: |
|--------------------------|

| |
|-------------------------|
| 9. INDEFERIMENTO |
|-------------------------|

A solicitação atende aos critérios definidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da referida doença, bem como as demais exigências da EB xx-IR-xx.xxx.

Defiro 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
 () Não preenche critérios do PCDT () 1 () 2
 () Outros () 1 () 2

| |
|---------------------------|
| 10. Especificação: |
|---------------------------|

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| 11. Nome do Avaliador | 12. Data da Avaliação |
|-----------------------|-----------------------|


 CRM-Médico
 GUILHERME MARJORI MOREIRA – 1º Ten Med
 CRM-MT 16292

04/05/26

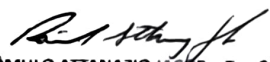
| |
|--------------------|
| AUTORIZAÇÃO |
|--------------------|

1. AUTORIZO a dispensação dos medicamentos acima deferidos pelo Avaliador.

| | |
|--|-------------------------|
| () SIM () 1 () 2 () NÃO () 1 () 2 | 12. Data de Autorização |
|--|-------------------------|

18 06 2026

| |
|-------------------------|
| 3. Especificação |
|-------------------------|


 RÔMULO ATTANAZIO JACOB – Ten Cel
 Cmt do C Fron JAURU/ 66ª BI MTZ



Maria Isabel Lucena
Endocrinologia / Pediatria
CRM: 19812
Telefone: (81) 98251-3934
Clínica de Especialidades Pediátricas - CEP Chacon
Recife - PE



Nome do Paciente [REDACTED]

1 LAUDO MEDICO

1 (um) sachê

Declaro que o paciente Luísa Nascimento Velarde, 10 anos, é acompanhada devido a quadro de previsão estatural para abaixo do padrão populacional e abaixo do padrão familiar (E34.3). Tal afecção traz prejuízo para a estatura da criança, fazendo com que a mesma não atinja seu potencial genético. Atualmente possui previsão estatura na vida adulta inferior a 1,50 m. Foi portanto, indicado o uso de somatropina na dose 0,15 UI/kg/dia (a fim de evitar a perda estatural causada pela puberdade precoce), conforme receita em anexo. A paciente iniciou o uso desta medicação em agosto de 2025.

Como paciente apresentava ainda idade óssea avançada, também foi indicado o bloqueio puberal, a fim de permitir um melhor ganho estatural para paciente. Sendo iniciado o uso da leuprorrelina em agosto de 2025, com boa resposta ao uso da medicação.

Devido a estas condições supracitadas, necessita de acompanhamento endocrinológico, de rotina a fim de fazer o controle com exames laboratoriais e radiológicos, além do seguimento da velocidade de crescimento.

Médico(a): Maria Isabel Lucena CRM: 19812 UF: PE Endereço: Rua do Chacon, 64 - Sala 106 - Poço
Cidade: Recife - PE Telefone: (81) 98251-3934

Prescrição Digital Emitida em IClínicRx
Emissão: 13/12/2025 - 07:19

ID da Receita: LAKNK5SS
Código do Paciente [REDACTED]
Dispensação pelo site
farmacia.iclinicrx.com.br



Assinada e Validada Digitalmente

11

2. ASSUNTOS ADMINISTRATIVOS

a. DESPACHO DECISÓRIO

Publicação

Em cumprimento ao que prescreve o Art. 18, da Portaria 139 - DGP, 7 JUL 15 (EB 30-IR-10.004) e conforme Requerimento de Medicamento de Custo Elevado (EB 64054.005037/2026-29), datado de 27 de abril de 2026, a beneficiária inframencionada teve seu processo deferido pelo Diretor desta UG-FUSEX:

| PREC CP | NOME DA BENEFICIÁRIA | PERÍODO DE 2026 |
|--------------|----------------------|--------------------------|
| 144334447-04 | [REDACTED] | JULHO, AGOSTO E SETEMBRO |

Ten Cel OLEGÁRIO VELARDE SILVA

Em consequência determino o seguinte: 1) A Farmácia do C Fron JAURU/66° BI Mtz proceda a dispensação do medicamento correspondente; 2) A Seção de Aquisições, Licitações e Contratos realize o processo licitatório correspondente; 3) A Seção FuSEx proceda à solicitação dos limites orçamentários necessários à 9ª RM; 4) Demais interessados, tomem conhecimento e as providências decorrentes.

(Nota n° 52363, de 8 de junho de 2026, da(o) FUSEX)



05

FL - 05

Maria Isabel Lucena
Endocrinologia / Pediatria
CRM: 19812
Telefone: (81) 98251-3934
Clínica de Especialidades Pediátricas - CEP Chacon
Recife - PE

Nome do Paciente

1 **Neo Decapeptyl LP 11,25 mg, Pó para suspensão injetável de liberação prolongada - 1 (uma) un de 11,25 mg**

Embonato de Triptorelina 11,25 mg | Aché

Aplicar o conteúdo de 01 FA, IM, a cada 3 meses

Médico(a): Maria Isabel Lucena **CRM:** 19812 **UF:** PE **Endereço:** Rua do Chacon, 64 - Sala 106 - Poço
Cidade: Recife - PE **Telefone:** (81) 98251-3934

Prescrição Digital Emitida em iClinicRx
Emissão: 17/04/2026 - 17:02

ID da Receita: 9NSUZE0Z

Código do Paciente

Dispensação pelo site

farmacia.iclinicrx.com.br



Assinada e Validada Digitalmente



Maria Isabel Lucena
Endocrinologia / Pediatria
CRM: 19812
Telefone: (81) 98251-3934
Clínica de Especialidades Pediátricas - CEP Chacon
Recife - PE



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª via Farmácia

Médico(a): Maria Isabel Lucena CRM: 19812 PE
Endereço: Rua do Chacon, 64 - Sala 106 - Poço
Telefone: (81) 98251-3934 Cidade: Recife - PE

Nome do Paciente: [REDACTED]
Endereço: Bairro: Varzea

Saizen 20 mg, Solução injetável • 1 (uma) un de 2,5 mL

Somatropina 8 mg/mL | Merck

Aplicar 1,8 mg, SC, antes de dormir. Uso contínuo

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: RG:

Endereço:

Telefone: Cidade:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA:

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

Prescrição Digital Emitida em IClinicRx

Emissão: 20/02/2026 - 13:15

Assinada e Validada Digitalmente

ID da Receita: M9LXW1C5

Código do Paciente: [REDACTED]

Dispensação pelo site
farmacia.iclinicrx.com.br

