AMBULATORIO MEDICINA

NOME PACIENTE: MAYARA PEREIRA DE GOES
NOME SOCIAL:
IDADE: 31 Anos 1 Mes 6 Dias 29/12/1994
MAE: MARISABEL PEREIRA SANTOS
SEXO: FEMININO
TIPO DE PACIENTE: AMBULATORIO

MAINFRAME: 2892265
ATENDIMENTO: 9907600
PRONTUÁRIO: 3674686
DT. ATENDIMENTO: 04/02/2026 14:19
LEITO:
DATA DE IMPRESSÃO: 04/02/2026 17:54

MEMORANDO

DE : NEUROLOGIA - SANTA CASA DE SÃO PAULO

PARA : MÉDICO NEUROLOGISTA ASSISTENTE

A SENHORA MAYARA PEREIRA DE GOES, DE 31 ANOS, FOI ACOMPANHADA PELO DEPARTAMENTO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES DA SANTA CASA DE SÃO PAULO COM SUSPEITA DIAGNÓSTICA DE GANGLIONOPATIA SENSITIVA, TENDO REALIZADO AMPLA INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA, SEM IDENTIFICAÇÃO DE CAUSA SECUNDÁRIA, COM PRINCIPAL SUSPEITA ETIOLÓGICA DE CONDIÇÃO AUTOINFLAMATÓRIA/IMUNOMEDIADA (QUE CORRESPONDEM A PARCELA SIGNIFICATIVA DOS CASOS DE GANGLIONOPATIA SENSITIVA IDIOPÁTICA), NECESSITANDO RECEBER DOSES MENSAIS DE IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA (IVIG), 25 G/DIA AO LONGO DE 5 DIAS CONSECUTIVOS, CONFORME DISCUSSÃO JUNTO À PRECEPTORIA (DR. RENAN RAMBALDI E DRA. MELISSA NUNES POLARO) DO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES DA SANTA CASA DE SÃO PAULO. ANEXAMOS, ABAIXO, REGISTRO DE CONSULTA AMBULATORIAL.

NOS COLOCAMOS À DISPOSIÇÃO PARA ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS E PARA DISCUSSÃO CONTINUADA DO CASO.

ATENCIOSAMENTE,

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
SÃO PAULO, 04 DE FEVEREIRO DE 2026

NEUROLOGIA - AMBULATÓRIO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES

HD:
- GANGLIONOPATIA SENSITIVA

ID: MAYARA, 31 ANOS, NATURAL DE PIEDADE (SP), PROCEDENTE DE IBIÚNA (SP), ENSINO SUPERIOR COMPLETO (ENGENHARIA FLORESTAL; CURSANDO DOUTORADO), SOLTEIRA, MORA ATUALMENTE COM SUA MÃE (EM PROGRAMAÇÃO DE MUDAR-SE PARA SANTA CATARINA).

COMORBIDADES:
- TRANSTORNO DE ANSIEDADE

MEDICAÇÕES EM USO:
- IVIG
  > PESO ATUAL REFERIDO: 80 KG
  > 1º CICLO: NOVEMBRO/2023 (25 G/DIA DURANTE 5 DIAS)
  > 2º CICLO: NOVEMBRO/2025 (25 G/DIA DURANTE 5 DIAS)
  > 3º CICLO: DEZEMBRO/2025 (25 G/DIA DURANTE 5 DIAS)
  > 4º CICLO: JANEIRO/2026 (25 G/DIA DURANTE 5 DIAS)
- DULOXETINA 60 MG (1-0-0)
- ÁCIDO VALPROICO 250 MG (1-0-0 | EM DESMAME)
- TRAZODONA 50 MG (0-0-1)
- PREGABALINA 75 MG (0-0-1)

ALERGIAS: NEGA

HÁBITOS DE VIDA:
- NEGA HISTÓRIA DE TABAGISMO, ETILISMO OU USO DE OUTRAS SUBSTÂNCIAS

HISTÓRIA FAMILIAR: NEGA HISTÓRIA FAMILIAR CONHECIDA DE CONDIÇÕES NEUROLÓGICAS, ONCOLÓGICAS OU HEREDITÁRIAS

ACOMPANHAMENTOS:
- NEUROLOGIA (SCMSP)
- NEUROLOGIA (IBIÚNA)
- FISIOTERAPIA (IBIÚNA)

========== PRIMEIRA CONSULTA AMBULATORIAL ==========

HPMA (04/02/26):
- A PACIENTE COMPARECE À PRIMEIRA CONSULTA AMBULATORIAL, ACOMPANHADA POR SUA TIA (VANDA), COM RELATO DE QUE, EM

Tomaz Moreira
Médico
CRM-SP 242873

NOVEMBRO/2023, UMA SEMANA APÓS SÍNDROME DIARREICA, PASSOU A APRESENTAR EVOLUÇÃO AGUDA (5 DIAS DA INSTALAÇÃO PARA O NADIR) DE PARESTESIA (DESCRITA COMO FORMIGAMENTO) EM PÉS E MÃOS, ALODÍNEA PREDOMINANTE EM MÃOS, TETRAPARESIA (SIMULTÂNEA, NÃO ASCENDENTE; PERCEBIDA INICIALMENTE COMO PERDA DE DESTREZA NAS MÃOS PARA USAR O CELULAR E DIFICULDADE DE CAMINHAR, LEVANDO A QUEDAS DA PRÓPRIA ALTURA) E DUPLA INCONTINÊNCIA (URINÁRIA E FECAL), TENDO BUSCADO AVALIAÇÃO MÉDICA E RECEBIDO ALTA COM DIAGNÓSTICO DE "ANSIEDADE", EVOLUINDO COM TETRAPLEGIA ("SÓ MEXIA A CABEÇA"), MOMENTO EM QUE FOI INTERNADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE IBIÚNA E TRANSFERIDA PARA HOSPITAL REGIONAL DE SOROCABA, ONDE REALIZOU EXAMES DE ESTUDO DO LÍQUOR E TOMOGRAFIAS (NÃO TRAZEM RESULTADOS), TEVE DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ E RECEBEU, A PARTIR DE 08/11/2023, INFUSÕES DE IMUNOGLOBULINA HUMANA 25 G/DIA DURANTE 5 DIAS, EVOLUINDO AO LONGO DOS MESES SEGUINTES COM LENTA MELHORA PROGRESSIVA DA TETRAPARESIA E DO CONTROLE ESFINCTERIANO, MOMENTO EM QUE PASSOU A NOTAR SIGNIFICATIVA INCOORDENAÇÃO E PERDA DA PROPRIOCEPÇÃO (DESCRITA COMO "SE EU NÃO OLHAR PARA UMA PARTE DO MEU CORPO, EU NÃO SEI ONDE ELA ESTÁ OU QUE ELA ESTÁ FAZENDO").
- RELATA QUE, A PARTIR DE AGOSTO/2024, PASSOU A APRESENTAR ESTABILIZAÇÃO DO QUADRO, SEM MELHORA SUBSEQUENTE, MANTENDO-SE ATÉ O MOMENTO DEPENDENTE DE ANDADOR PARA TRANSFERÊNCIAS DOMICILIARES E CADEIRA DE RODAS PARA TRANSFERÊNCIAS EM MEIO COMUNITÁRIO, COM PERSISTÊNCIA DE INCOORDENAÇÃO INCAPACITANTE E DE PARESTESIA SIGNIFICATIVA CONTÍNUA E ALODÍNEA EPISÓDICA EM MÃOS E PÉS.
- RELATA QUE, EM FEVEREIRO/2025, PASSOU EM CONSULTA COM NEUROLOGISTA EXTERNO (DR. RENAN RAMBALDI), QUE REINICIOU INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA, COM ELETRONEUROMIOGRAFIA (14/05/2025; A ÚNICA REALIZADA ATÉ O MOMENTO) EVIDENCIANDO COMPROMETIMENTO SENSITIVO PURO E SUGERINDO CONSIDERAR HIPÓTESE DE GANGLIONOPATIA SENSITIVA.
- QUANDO INTERROGADA ATIVAMENTE, RELATA QUE, OCASIONALMENTE, PRINCIPALMENTE EM PERÍODOS DE FRIO, APRESENTA PALIDEZ E CIANOSE EM MÃOS, MAS DIZ QUE NÃO TÃO PROEMINENTEMENTE QUANTO ÀS FOTOS MOSTRADAS DO FENÔMENO DE RAYNDAUD. REFERE HIPEREMIA OCULAR E PRURIDO OCULAR FREQUENTEMENTE DESDE A INFÂNCIA, ATRIBUÍDOS A RINITE ALÉRGICA. REFERE XEROSTOMIA FREQUENTE, MAS NEGA NECESSIDADE DE TOMAR LÍQUIDOS PARA ENGOLIR ALIMENTOS. NEGA PERDA PONDERAL (DIZ TER GANHADO 18 KG NOS ANOS DE DOENÇA). NEGA SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL. REFERE DOR ABDOMINAL MODERADA OCASIONAL EM REGIÃO PERIUMBILICAL.

EXAME NEUROLÓGICO:
- ESTADO MENTAL: VIGIL, ORIENTADA NO TEMPO E NO ESPAÇO, CAPAZ DE EXECUTAR RESPOSTAS MOTORAS COMPLEXAS AO COMANDO VERBAL, COM EXPRESSÃO E COMPREENSÃO DA LINGUAGEM PRESERVADAS E DISCURSO COERENTE.
- NERVOS CRANIANOS: PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, CAMPIMETRIA SEM ALTERAÇÕES; MOTILIDADE OCULAR EXTRÍNSECA INTACTA, SEM NISTAGMO OU DIPLOPIA; SENSIBILIDADE TÁTIL FACIAL PRESERVADA E SIMÉTRICA, MUSCULATURA MASTIGATÓRIA ATIVA E SIMÉTRICA; MÍMICA FACIAL PRESERVADA E SIMÉTRICA; AUDIÇÃO PRESERVADA E SIMÉTRICA AO ATRITO DE DEDOS; ÚVULA CENTRALIZADA; MOVIMENTAÇÃO DA LÍNGUA PRESERVADA.
- SISTEMA MOTOR: FORÇA MUSCULAR GRAU 4+ À FLEXÃO DE QUADRIS; GERAU 5 EM DEMAIS SEGMENTOS AVALIADOS. PROVAS ÍNDEX-NARIZ E CALCANHAR-JOELHOS EVIDENCIAM DISMETRIA E HESITAÇÃO DOS MOVIMENTOS, COM PIORA SIGNIFICATIVA APÓS FECHAR OS OLHOS. AUSÊNCIA DE DISDIADOCOCINESIA. MARCHA ATÍPICA, CAPAZ DE ANDAR EM TANDEM E SOBRE CALCANHARES. ROMBERG NEGATIVO.
- REFLEXOS: ARREFLEXIA GLOBAL. REFLEXO CUTANEOPLANTAR EM FLEXÃO BILATERALMENTE.
- SENSIBILIDADE: HIPOESTESIA TÁTIL DISTALMENTE EM MEMBROS SUPERIORES, MAS NÃO EM MEMBROS INFERIORES. HIPOESTESIA VIBRATÓRIA NOS QUATRO MEMBROS, SEM GRADIENTE PROXIMAL-DISTAL. SENSIBILIDADE DOLOROSA PRESERVADA, COM APARENTE HIPERALGESIA NOS QUADRO MEMBROS.

========== EXAMES COMPLEMENTARES ==========

*** ELETRONEUROMIOGRAFIAS ***

ENMG (14/05/2025): (1) PRESENÇA DE POLINEUROPATIA PERIFÉRICA PURAMENTE SENSITIVA, DE NATUREZA AXONAL, DE GRAU ACENTUADO, ASSIMÉTRICA. DEVIDO AO COMPROMETIMENTO SENSITIVO PURO, DIFUSO E ACENTUADO, CONSIDERAR A HIPÓTESE DE GANGLIONOPATIA SENSITIVA. (2) COMPROMETIMENTO FOCAL, DE NATUREZA DESMIELINIZANTE, DO NERVO ULNAR ESQUERDO, NO SEGMENTO ATRAVÉS DO COTOVELO, DE GRAU LEVE. (3) NOTA: NÃO FORAM OBSERVADOS SINAIS DE COMPROMETIMENTO DE RAÍZES MOTORAS NO PRESENTE EXAME.

*** EXAMES LABORATORIAIS ***

PAINEL AUTOIMUNE E SOROLOGIAS:
- 25/06/2025: FAN 1:320 PADRÃO PONTILHADO FINO DENSO (AC-2) | FATOR REUMATOIDE <3,5
- 28/06/2025: ANTI-DNA NR | ANTI-SM NR | ANTI-SSA NR | ANTI-SSB NR | ELETROFORESE DAS PROTEÍNAS SÉRICAS SEM ALTERAÇÕES | ANTI-HBC TOTAL E IGM NR | ANTI-HBE NR | ANTI-HBS NR | AGHBE NR | AGHBS NR |
- 21/01/2026: IGA 220,2 (VR 70 A 400) | ANTIENDOMÍSIO IGG, IGM E IGA NR | ANTITRANSGLUTAMINASE IGA NR |

EXAMES LABORATORIAIS GERAIS:
- 25/06/2025: HB 12,9 | VCM 92,9 | CHCM 33,1 | LEUCO 8.340 | PLQ 306.000 | B12 614
- 28/06/2025: VITAMINA E 14,2 (VR 5,0 A 20,0)

*** NEUROIMAGENS ***

RM (29/04/2025):
- COLUNA CERVICAL: ESPONDILODISCOARTROSE CERVICAL. PROTRUSÃO DISCAL POSTERIOR C2/C3, C3/C4, C4/C5, C5/C6 E C6/C7.

TOMAZ LIMA MOREIRA | CRM: 242873 | DATA CRIACAO: 04/02/2026 17:24

RUA DR. CESARIO MOTA JUNIOR, 112 - VILA BUARQUE, SÃO PAULO - SP, CEP: 01221020 - TELEFONE: 11 21767000

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO - CNES: 2688689 | SITE: WWW.SANTACASASP.ORG.BR

Tomaz Moreira
Médico
CRM-SP 242873

AMBULATORIO MEDICINA

NOME PACIENTE: MAYARA PEREIRA DE GOES
NOME SOCIAL:
IDADE: 31 Anos 1 Mes 6 Dias 29/12/1994
MAE: MARISABEL PEREIRA SANTOS
SEXO: FEMININO
TIPO DE PACIENTE: AMBULATORIO

MAINFRAME: 2892265
ATENDIMENTO: 9907600
PRONTUÁRIO: 3674686
DT. ATENDIMENTO: 04/02/2026 14:19
LEITO:
DATA DE IMPRESSÃO: 04/02/2026 17:54

- COLUNA TORÁCICA: ESPONDILODISCOARTROSE DORSAL. HÉRNIA DISCAL POSTEROLATERAL DIREITA D8/D9 E POSTEROLATERAL ESQEURDA D10/D11 E D11/D12 COMPRIMINDO A RAIZ NERVOSA NO RECESSO LATERAL.
- COLUNA LOMABR: DISCOPATIA DEGENERATIVA LOMBOSSACRA. PROTRUSÃO DISCAL POSTEROLATERAL L5/S1 TOCANDO O SACO DURAL E IMPRESSIONANDO AS RAÍZES NERVOSAS NOS RECESSOS FORAMINAIS.

*** OUTROS EXAMES DE IMAGEM ***

TC DE TÓRAX (25/09/2025 - SANTA CASA DE TATUÍ): EXAME TOMOGRÁFICO NORMAL

TC DE ABDOME E PELVE SEM CONTRASTE (25/09/2025 - SANTA CASA DE TATUÍ): EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADOREIZADA DO ABDOME TOTAL SEM EVIDÊNCIAS DE ANORMALIDADES EXPRESSIVAS AO MÉTODO

TOMAZ LIMA MOREIRA | CRM: 242873 | DATA CRIACAO: 04/02/2026 17:24

RUA DR. CESARIO MOTA JUNIOR, 112 - VILA BUARQUE, SÃO PAULO - SP, CEP: 01221020 - TELEFONE: 11 21767000

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SAO PAULO - CNES: 2688689 | SITE: WWW.SANTACASASP.ORG.BR

Tomaz Moreira
Médico
CRM SP 242873

AMBULATORIO MEDICINA

NOME PACIENTE: MAYARA PEREIRA DE GOES
NOME SOCIAL:
IDADE: 31 Anos 1 Mes 6 Dias 29/12/1994
MAE: MARISABEL PEREIRA SANTOS
SEXO: FEMININO
TIPO DE PACIENTE: AMBULATORIO

MAINFRAME: 2892265
ATENDIMENTO: 9907600
PRONTUÁRIO: 3674686
DT. ATENDIMENTO: 04/02/2026 14:19
LEITO:
DATA DE IMPRESSÃO: 04/02/2026 18:09

MEMORANDO

DE : NEUROLOGIA - SANTA CASA DE SÃO PAULO

PARA : FARMÁCIA DE ALTO CUSTO

A SENHORA MAYARA PEREIRA DE GOES, DE 31 ANOS, É ACOMPANHADA PELO DEPARTAMENTO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO COM HISTÓRIA DE TETRAPARESIA DE PADRÃO DE CINTURAS, COM FATOR ANTINÚCLEO POSITIVO 1:320 E ELETRONEUROMIOGRAFIA COMPATÍVEL COM A SUSPEITA DIAGNÓSTICA DE DERMATOMIOSITE.

SOLICITAMOS, POR GENTILEZA, DISPENSAÇÃO DE IMUNOGLOBULINA HUMANA INTRAVENOSA (IVIG), 125 FRASCOS DE 5 GRAMAS, COM PROGRAMAÇÃO DE REALIZAR CICLOS MENSAIS DE 5 FRASCOS POR DIA DURANTE 5 DIAS CONSECUTIVOS.

ATENCIOSAMENTE,

DEPARTAMENTO DE NEUROLOGIA
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO
SÃO PAULO, 04 DE FEVEREIRO DE 2026

Tomaz Moreira
Médico
CRM-SP 242873

TOMAZ LIMA MOREIRA | CRM: 242873 | DATA CRIACAO: 04/02/2026 17:54

Paciente:

MAYARA PEREIRA DE GOES

CPF do Paciente:	Cód. Paciente:	Nascimento:	Emissão:
417.283.888-05	3674686	29/12/1994	04/02/2026 - 17:30:09

Endereço:
RUA LAZARA MARIA DA CONCEICAO - 31, CENTRO - 18150000, IBIUNA - SP

Você sabia que pode acessar esta receita no **seu celular?**

1. Escaneie o QR Code ou acesse: **re.mevosaude.com.br/MT2WC8G**
2. Você pode baixar o PDF ou acessar a via digital dos medicamentos prescritos sempre que precisar
3. **Seu código de acesso é: 9036**

IMUNOGLOBULINA HUMANA 5g/50mL, Solução injetável

Injetar, via intravenosa, 25 g/dia durante 5 dias, um ciclo por mês, durante 6 meses.

Rename

Tomaz Moreira
Medico
CRM-SP 242873

Dr(a). TOMAZ LIMA MOREIRA | CRM 242873 SP

DR. CESARIO MOTA JUNIOR 112 VILA BUARQUE - SAO PAULO SP - CEP 01221020 Telefone: (11) 2176-7000

Farmacêutico, valide a receita digital em https://farmacias.mevosaude.com.br

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

Sistema Único de Saúde
Ministério de Saúde
Secretaria do 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 *: 2688689

2 - Nome do estabelecimento de saúde solicitante: 01 - IR SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SP

3 - Nome completo do Paciente *: MAYARA PEREIRA DE GOES

5 - Peso do paciente *: 80kg

4 - Nome da Mãe do Paciente *: MARISABEL PEREIRA SANTOS

6 - Altura do paciente *: 166cm

	7 - Medicamento(s) *	8 - Quantidade solicitada *					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	IMUNOGLOBULINA HUMANA 5g/50mL (Solução Injetável)	125	125	125	125	125	125
2	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-
5	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	-	-

9 - CID-10 *: M33.1

10 - Diagnóstico: Outras dermatomiosites

11 - Anamnese *:
PACIENTE ACOMPANHADA PELO AMBULATÓRIO DE DOENÇAS NEUROMUSCULARES DA SANTA CASA DE SÃO PAULO COM SUSPEITA DIAGNÓSTICA DE DERMATOMIOSITE.

12 - Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença? *
[X] NÃO [ ] SIM Relatar:

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?

[X] 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 *: TOMAZ LIMA MOREIRA

17 - Assinatura e carimbo do médico *
Tomaz Moreira
Médico
CRM SP 242873

15 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante *: 700.6094.4036.8968

19 - Data da solicitação *: 04/02/2026

18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: [ ] Paciente [ ] Mãe do paciente [ ] Responsável (descrito no item 13) [X] Médico solicitante

[ ] Outro, Informar nome _____ e CPF _____

19 - Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável *
[X] Branca [ ] Amarela
[ ] Preta [ ] Indígena. Informar Etnia: _____
[ ] Parda

20 - Telefone(s) para contato do paciente: 15996159036

21 - Número do documento do paciente
[X] CPF ou [ ] CNS 41728388805

23 - Assinatura do responsável pelo preenchimento *

22 - Correio eletrônico do paciente: mayarap.goes@hotmail.com

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE IBIÚNA
CENTRO DE ESPECIALIDADES

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

(1º Via da Farmácia ou Drogaria/2º Via do Paciente)

Nome: MAYARA PEREIRA DE GOES

USO INTERNO

PREGABALINA 75MG---------- 60CP

TOMAR 01 CP (VO) 12/12 HORAS.

Dr. Renan B. R. Cavalheiro
Neurologista
CRM 208979 / RQE 126774

Dr. RENAN BRANDÃO RAMBALDI CAVALHEIRO
NEUROLOGISTA
CRM-SP 208.979
RQE 126774

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME:		
IDENT:	ÓRGÃO EMISSOR:	
END:		
CIDADE:	UF:	
TELEFONE:		ASSINATURA DO FARMACEUTICO

Ao retornar, favor trazer esta receita.

Rua Zico Soares, Nº 108, Centro, Ibiúna – SP
Telefone: (15) 3349-6680 e-mail: especialidades@ibiuna.sp.gov.br

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE IBIÚNA
CENTRO DE ESPECIALIDADES

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

(1º Via da Farmácia ou Drogaria/2º Via do Paciente)

Nome: MAYARA PEREIRA DE GOES

USO INTERNO

TRAZODONA 50MG---------- 120CP

TOMAR 02 CP (VO) A NOITE.

Dr. Renan B. R. Cavalheiro
Neurologista
CRM 208979 / RQE 126774

Dr. RENAN BRANDÃO RAMBALDI CAVALHEIRO
NEUROLOGISTA
CRM-SP 208.979
RQE 126774

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**
NOME:		
IDENT:	ÓRGÃO EMISSOR:	
END:		
CIDADE:	UF:	
TELEFONE:		**ASSINATURA DO FARMACEUTICO**

Ao retornar, favor trazer esta receita.

Rua Zico Soares, Nº 108, Centro, Ibiúna – SP
Telefone: (15) 3349-6680 e-mail: especialidades@ibiuna.sp.gov.br

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE IBIÚNA
CENTRO DE ESPECIALIDADES

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

(1º Via da Farmácia ou Drogaria/2º Via do Paciente)

Nome: MAYARA PEREIRA DE GOES

USO INTERNO

ACIDO VALPROICO 250MG---------- 60CP

TOMAR 01 CP (VO) 12/12 HORAS.

Dr. Renan B. R. Cavalheiro
Neurologista
CRM 208979 / RQE 126774

Dr. RENAN BRANDÃO RAMBALDI CAVALHEIRO
NEUROLOGISTA
CRM-SP 208.979
RQE 126774

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME:		
IDENT:	ÓRGÃO EMISSOR:	
END:		
CIDADE:	UF:	
TELEFONE:		ASSINATURA DO FARMACEUTICO

Ao retornar, favor trazer esta receita.

Rua Zico Soares, Nº 108, Centro, Ibiúna – SP
Telefone: (15) 3349-6680 e-mail: especialidades@ibiuna.sp.gov.br

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE IBIÚNA
CENTRO DE ESPECIALIDADES

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

(1º Via da Farmácia ou Drogaria/2º Via do Paciente)

Nome: MAYARA PEREIRA DE GOES

USO INTERNO

DULOXETINA 60MG---------- 30CP

TOMAR 01 CP (VO) AO DIA.

Dr. Renan B. R. Cavalheiro
Neurologista
CRM 208979 / RQE 126774

Dr. RENAN BRANDÃO RAMBALDI CAVALHEIRO
NEUROLOGISTA
CRM-SP 208.979
RQE 126774

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME:		
IDENT:	ÓRGÃO EMISSOR:	
END:		
CIDADE:	UF:	
TELEFONE:		ASSINATURA DO FARMACEUTICO

Ao retornar, favor trazer esta receita.

Rua Zico Soares, Nº 108, Centro, Ibiúna – SP
Telefone: (15) 3349-6680 e-mail: especialidades@ibiuna.sp.gov.br

DrogaRaia

Raia Drogasil S/A
R XV DE NOVEMBRO, 186 - CENTRO - IBIUNA - SP
Telefone: (15) 99720-6346
CNPJ: 61.585.865/1179-38 - I.E: 345051993110

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica
Nao permite aproveitamento de credito de ICMS

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UNIT R$	ALIQ	VL ITEM R$
01	000075791	*AC VALPR 250BLG 25 C1	1,00	UnX	21,68	I	21,68
	De 21,68 por 14,09 desconto de						-7,59
	Valor Liquido						14,09
02	000075791	*AC VALPR 250BLG 25 C1	1,00	UnX	21,68	I	21,68
	De 21,68 por 14,09 desconto de						-7,59
	Valor Liquido						14,09
03	000075791	*AC VALPR 250BLG 25 C1	1,00	UnX	21,68	I	21,68
	De 21,68 por 14,09 desconto de						-7,59
	Valor Liquido						14,09
04	000014933	*TRAZ 50MG NVQ 60S-C1	1,00	UnX	81,36	I	81,36
	De 81,36 por 52,88 desconto de						-28,48
	Valor Liquido						52,88
05	000014933	*TRAZ 50MG NVQ 60S-C1	1,00	UnX	81,36	I	81,36
	De 81,36 por 52,88 desconto de						-28,48
	Valor Liquido						52,88

QTD. TOTAL DE ITENS	5
VALOR TOTAL DESCONTO R$	79,73
VALOR TOTAL R$	148,03
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO
CARTAO DE DEBITO	148,03

Trib Aprox R$:19,91 Federal e 17,76 Estadual
Fonte: IBPT
RAIA1813

61.585.865/1179-38
MASTERCARD
CIELO
MAESTRO
544731******6809

1a VIA-CLIENTE	AUT=005578
DOC=500226 06/02/26	20:00 ONL-C

VENDA A DEBITO
VALOR: R$ 148,03

SiTef from Fiserv

NFC-e No. 000027145 Serie 012
Emissao 06/02/2026 20:00:21
Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www.nfce.fazenda.sp.gov.br/NFCeConsultaPublica/Paginas/ConsultaQRCode.aspx
CHAVE DE ACESSO
3526 0261 5858 6511 7938
6501 2000 0271 4513 6767 7805

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de Autorizacao : 1352600866122809
06/02/2026 20:00:59

PDV:012 LJ:1813 Coo:0000042093

DrogaRaia

Raia Drogasil S/A
R XV DE NOVEMBRO, 186 - CENTRO - IBIUNA - SP
Telefone: (15) 99720-6346
CNPJ: 61.585.865/1179-38 - I.E: 345051993110

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar
da Nota Fiscal de Consumidor Eletronica
Nao permite aproveitamento de credito de ICMS

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UNIT R$	ALIQ	VL ITEM R$
01	000007880	*PREGAB 75 MEG 30-C1	1,00	UnX	103,81	I	103,81
	De 103,81 por 36,58 desconto de						-67,23
	Valor Liquido						36,58
02	000007880	*PREGAB 75 MEG 30-C1	1,00	UnX	103,81	I	103,81
	De 103,81 por 36,58 desconto de						-67,23
	Valor Liquido						36,58

QTD. TOTAL DE ITENS	2
VALOR TOTAL DESCONTO R$	134,46
VALOR TOTAL R$	73,16
FORMA DE PAGAMENTO	VALOR PAGO
CARTAO DE DEBITO	73,16

Trib Aprox R$:9,84 Federal e 8,78 Estadual
Fonte: IBPT
RAIA1813

61.585.865/1179-38
MASTERCARD
CIELO
MAESTRO
544731******6809

1a VIA-CLIENTE	AUT=594978
DOC=500225 06/02/26	19:59 ONL-C

VENDA A DEBITO
VALOR: R$ 73,16

SiTef from Fiserv

NFC-e No. 000027144 Serie 012
Emissao 06/02/2026 19:59:25
Via Consumidor
Consulte pela Chave de Acesso em
https://www.nfce.fazenda.sp.gov.br/NFCeConsultaPublica/Paginas/ConsultaQRCode.aspx
CHAVE DE ACESSO
3526 0261 5858 6511 7938
6501 2000 0271 4410 5819 6406

CONSUMIDOR NAO IDENTIFICADO

Consulta via leitor de QR Code

Protocolo de Autorizacao : 1352600866087166
06/02/2026 19:59:53

PDV:012 LJ:1813 Coo:0000042092

ATESTADO

Dr(a). Talita Nascimento da Cruz
CREFITO-10: 301835-F
Local de atendimento:
Rua: Campos Sales 1818, Apto105, Lages/SC.
E-mail: talitanascimentocruz@hotmail.com

Paciente: Mayara Pereira de Goes
Idade: 31 anos
E-mail: mayarap.goes@hotmail.com

Eu, Talita Nascimento da Cruz, declaro, para os devidos fins, que a paciente Mayara Pereira de Goes encontra-se em acompanhamento fisioterapêutico contínuo, por tempo indeterminado.

Informo que atualmente são realizadas, em média, 03 (três) sessões semanais de fisioterapia, com o valor de R$ 100,00 (cem reais) por sessão, totalizando um custo médio mensal de aproximadamente R$ 1.300,00 (mil e trezentos reais).

Declaro que os atendimentos são realizados conforme registro profissional.

Lages, 22 de março de 2026.

gov.br Documento assinado digitalmente
TALITA NASCIMENTO DA CRUZ
Data: 22/03/2026 21:34:54-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

_____
Dr(a). Talita Nascimento da Cruz
CREFITO: 301835-F

Consulte a autenticidade pelo QR Code abaixo:

Crefito10
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

ATESTADO

Dr(a). CARLA CRISTINA SILVA DE CARVALHO
CREFITO-3: 213131-F
Local de atendimento:
Rua Lázara Maria da Conceição, 108; Ibiúna.
E-mail: carlasilvacarvalho@gmail.com

Paciente: Mayara Pereira de Góes
Idade: 31 anos.
E-mail: carlasilvacarvalho@gmail.com

Eu, Carla Cristina Silva de Carvalho, declaro, para os devidos fins, que a paciente Mayara Pereira de Góes realizou 186 sessões de atendimentos fisioterapêuticos domiciliares, no período de dezembro de 2023 a fevereiro de 2026, no valor total de R$ 18.600,00 (dezoito mil e seiscentos reais), referente ao período acima mencionado.

Declaro que os atendimentos foram realizados conforme registro profissional.

Consulte a autenticidade do documento pelo *QR Code* abaixo, ou acesse:
https://www.crefito3.org.br/dsn/servicos/documentos/aed-validar.asp?vl=33436859610

Crefito3
Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região

Ibiúna, 16/03/2026, às *09:12:21*.

Assinado eletronicamente por:
Dr(a). **CARLA CRISTINA SILVA DE CARVALHO**
Inscrição: 213131-F.

Conteúdo fundamentado no Artigo 14 da lei número 14.063, de 23 de setembro de 2020. **Número de segurança**: 33436859610