

## GOSSERRELINA

### Puberdade Precoce Central

PORTARIA CONJUNTA Nº 13, de 27 de JULHO de 2022 ([Portaria na Íntegra](#))

#### Informações gerais

**Dosagem / Apresentação:** 3,6 mg e 10,8 mg injetável – seringa preenchida

**CIDs contemplados:** E22.8

**Quantidade máxima mensal:**

- Para dispensação: 3,6 mg – 1 seringa / 10,8 mg – 1 seringa (a cada três meses)
- Para faturamento (SIGTAP): 3,6 mg – 2 seringas / 10,8 mg – 1 seringa

**Grupo de financiamento:** 1B

**Observações:** Conservar em temperatura de 2°C a 8°C

#### Documentos necessários para solicitação do medicamento

##### 1ª Solicitação

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.  
ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.
2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.
3. Cópia de documentos pessoais do paciente
  - Documento de identidade;
  - Comprovante de residência com CEP;
  - Cartão Nacional de Saúde (CNS).

GOSSERRELINA – PUBERDADE PRECOCE CENTRAL (Atualizado em 22/07/2022)



# COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

## 4. Cópia dos exames:

### Para meninas:

- Dosagem sérica – LH (Hormônio Luteinizante);
- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

### A critério do médico prescritor:

- Laudo/relatório médico de Ultrassonografia pélvica

### Para meninos:

- Dosagem sérica - LH (Hormônio Luteinizante);
- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

## 5. [Termo de Esclarecimento e Responsabilidade](#)

### Renovação da Continuidade

1. [Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica](#) original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

3. Cópia dos exames:

### Semestralmente:

- Dosagem sérica - LH (Hormônio Luteinizante).

### Anualmente:

- Laudo/relatório médico de Radiografia de mãos e punhos, com idade óssea.

De posse dos documentos mencionados, o paciente ou seu representante deve dirigir-se a um dos [locais de dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica do Estado de São Paulo](#) para entrega dos documentos e dispensação do medicamento.

Caso não possa comparecer pessoalmente, o paciente poderá designar representantes para a retirada do medicamento na unidade responsável.

Para o cadastro de representantes, serão exigidos os seguintes documentos:

I – [Declaração autorizadora](#);

II – Cópia de documentos pessoais do representante: documento de identidade;

II – Número de telefone do representante.