

**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*<br><b>6823421</b>  |  | 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante<br><b>Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus</b> |                  |        |    |    |
| 3- Nome completo do Paciente*<br><b>Antonio Amadeus Bueno</b>   |  | 5- Peso do paciente*<br><b>80</b> kg   |                  |        |    |    |
| 4- Nome da Mãe do Paciente*<br><b>Clarisse Lispector</b>  |  | 6- Altura do paciente*<br><b>180</b> cm  |                  |        |    |    |
| 7- Medicamento(s)*  |  | 8- Quantidade solicitada*  |                  |        |    |    |
|   |  | 1º mês   | 2º mês           | 3º mês |    |    |
|   |  | 1  | Topiramato 100mg | 60     | 60 | 60 |
|   |  | 2  |                  |        |    |    |
|   |  | 3  |                  |        |    |    |
|   |  | 4  |                  |        |    |    |
| 9- CID-10*<br><b>G40.0</b>  |  | 10- Diagnóstico<br><b>Epilepsia com hemorróidas trombosadas</b>                                      |                  |        |    |    |
| 11- Anamnese*<br><b>Crises generalizadas sem fatores desencadeantes. Risco de recorrência superior a 40%.</b>   |  |  |                  |        |    |    |
| 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*   |  |  |                  |        |    |    |
| <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <b>Usou remédio de louco: Gardenal.</b><br><input type="checkbox"/> NÃO   |  |  |                  |        |    |    |
| 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?<br><input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <b>Jorge Amado</b><br><div style="text-align: right;">Nome do responsável</div> |  |  |                  |        |    |    |
| 14- Nome do médico solicitante*<br><b>Jair Messias Bolsonaro</b>  |  | 17- Assinatura e carimbo do médico*  |                  |        |    |    |
| 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*<br><b>980016293604585</b>   |  | 16- Data da solicitação*<br><b>15/01/2020</b>  |                  |        |    |    |

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*  |   | 20- Telefone(s) para contato do paciente          |  |
| <input type="checkbox"/> Branca<br><input type="checkbox"/> Preta<br><input checked="" type="checkbox"/> Parda<br><input type="checkbox"/> Amarela<br><input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____<br><input type="checkbox"/> Sem informação | <b>55 11 992212707</b><br><b>55 11 47022441</b> |   |  |
| 21- Número do documento do paciente<br><input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <b>33377745480</b>   |   | 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* |  |
| 22- Correio eletrônico do paciente<br><b>antonio@paraguay.com</b>   |   |   |  |

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Topiramato 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas.

15/01/2020

| Identificação do Comprador | Identificação do Fornecedor       |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Nome:                      |                                   |
| Identidade:                | Órgão Emissor:                    |
| Endereço:                  |                                   |
| Cidade:                    | UF:                               |
| Telefone:                  |                                   |
|                            | <u>Assinatura do Farmacêutico</u> |

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Topiramato 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas.

15/01/2020

| Identificação do Comprador | Identificação do Fornecedor       |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Nome:                      |                                   |
| Identidade:                | Órgão Emissor:                    |
| Endereço:                  |                                   |
| Cidade:                    | UF:                               |
| Telefone:                  |                                   |
|                            | <u>Assinatura do Farmacêutico</u> |

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Topiramato 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas.

14/02/2020

| Identificação do Comprador |  | Identificação do Fornecedor       |     |
|----------------------------|--|-----------------------------------|-----|
| Nome:                      |  | Órgão Emissor:                    |     |
| Identidade:                |  | Cidade:                           | UF: |
| Endereço:                  |  | Telefone:                         |     |
|                            |  | <u>Assinatura do Farmacêutico</u> |     |

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Topiramato 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas.

14/02/2020

| Identificação do Comprador |  | Identificação do Fornecedor       |     |
|----------------------------|--|-----------------------------------|-----|
| Nome:                      |  | Órgão Emissor:                    |     |
| Identidade:                |  | Cidade:                           | UF: |
| Endereço:                  |  | Telefone:                         |     |
|                            |  | <u>Assinatura do Farmacêutico</u> |     |

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Topiramato 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas.

15/03/2020

| Identificação do Comprador | Identificação do Fornecedor       |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Nome:                      |                                   |
| Identidade:                | Órgão Emissor:                    |
| Endereço:                  |                                   |
| Cidade:                    | UF:                               |
| Telefone:                  |                                   |
|                            | <u>Assinatura do Farmacêutico</u> |

Clinica Santa Maria Mãe Evangelica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Topiramato 100mg

60

Tomar 1cp 12/12 horas.

15/03/2020

| Identificação do Comprador | Identificação do Fornecedor       |
|----------------------------|-----------------------------------|
| Nome:                      |                                   |
| Identidade:                | Órgão Emissor:                    |
| Endereço:                  |                                   |
| Cidade:                    | UF:                               |
| Telefone:                  |                                   |
|                            | <u>Assinatura do Farmacêutico</u> |

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu