



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* 6666666		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Satanista Assistência Médica		
3- Nome completo do Paciente* Antonio Amadeus Bueno		5- Peso do paciente* 80 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* Ricarda Salles		6- Altura do paciente* 180 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Lamotrigina 100mg	60	60	60
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* G40.0		10- Diagnóstico Epilepsia com hemorroidas trombosadas		
11- Anamnese* Crises generalizadas sem fatores desencadeantes. Risco de recorrência superior a 40%.				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: Usou remédio de louco: Gardenal.				
<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?				
<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento				
Carmen Medeiros Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante* Jair Messias		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016547896545		16- Data da solicitação* 13/01/2020		

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	<input checked="" type="checkbox"/> Amarela	55 11 992212707	
<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____	55 11 47022441	
<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Sem informação	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
21- Número do documento do paciente <input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 333.774.458-70			
22- Correio eletrônico do paciente carmenmiranda@radio.org			

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

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

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Lamotrigina 100mg

Tomar 1cp de 12/12 horas.

60

13/01/2020

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666

Cotia

06706135

Jd. Três Marias

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

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Lamotrigina 100mg

Tomar 1cp de 12/12 horas.

60

13/01/2020

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666

Cotia

06706135

Jd. Três Marias

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

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

12/02/2020

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666

Cotia

06706135

Jd. Três Marias

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

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

12/02/2020

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666

Cotia

06706135

Jd. Três Marias

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

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

13/03/2020

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666

Cotia

06706135

Jd. Três Marias

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

**Nome:** Antonio Amadeus Bueno

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

**Uso oral:**

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

13/03/2020

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

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666

Cotia

06706135

Jd. Três Marias