



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* 4545646		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante adsfasd					
3- Nome completo do Paciente* Antonio Marinho		5-Peso do paciente* 54 kg					
4- Nome da Mãe do Paciente* Rosalina Marinha		6-Altura do paciente* 150 cm					
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido)	50	50	50	50	50	50
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10* G35		10- Diagnóstico Esclerose Múltipla					
11- Anamnese* asdfsdf							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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?							
<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento							
Antonino Carvalho Nome do responsável							
14- Nome do médico solicitante* Lucas Amorim Vieira de Barros							
17- Assinatura e carimbo do médico*							
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585				16- Data da solicitação* 16/07/2025			
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: e CPF							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*							
<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela							
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia:							
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação							
20- Telefone(s) para contato do paciente							
21- Número do documento do paciente							
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS							
22- Correio eletrônico do paciente							
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*							

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

16/07/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

16/07/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

15/08/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654
56464-654

654654
654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

15/08/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654
56464-654

654654
654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

14/09/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

14/09/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

14/10/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

14/10/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

13/11/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654
56464-654

654654
654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

13/11/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654
56464-654

654654
654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

13/12/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Antonio Marinho
Endereço: Rua Arrebol, 40

asDASd
betainterferona 1a 22 mcg (6.000.000 UI) (comprimido) 50
ASDAS

13/12/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		Telefone:	

654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

ESCALA EXPANDIDA DO ESTADO DE INCAPACIDADE - EDSS

Escore	Características	Escore Total
0	Exame neurológico normal (todos os SF grau 0; cerebral, grau 1 aceitável)	
1,0	Sem incapacidade (1 SF grau 1)	
1,5	Sem incapacidade (2 SF grau 1)	
2,0	Incapacidade mínima em 1 SF (1 SF grau 2, outros grau 0 ou 1)	
2,5	Incapacidade mínima em 2 SF (2 SF grau 2, outros grau 0 ou 1)	
3,0	Incapacidade moderada em 1 SF (1 SF grau 3, outros grau 0 ou 1) ou incapacidade discreta em 3 ou 4 SF (3/4 SF grau 2, outros grau 0 ou 1). Deambulando plenamente.	
3,5	Deambulação plena, com incapacidade moderada em 1SF (1 SF grau 3) e 1 ou 2 SF grau 2; ou 2SF grau 3; ou 5 SF grau 2 (outros 0 ou 1)	
4,0	Deambulação plena, até 500 m sem ajuda ou descanso (1 SF grau 4, outros 0 ou 1)	
4,5	Deambulação plena, até 300 m sem ajuda ou descanso. Com alguma limitação da atividade ou requer assistência mínima (1 SF grau 4, outros 0 ou 1)	×
5,0	Deambulação até 200 m sem ajuda ou descanso. Limitação nas atividades diárias (equivalentes são 1 SF grau 5, outros 0 ou 1; ou combinação de graus menores excedendo o escore 4.0)	
5,5	Deambulação até 100 m sem ajuda ou descanso. Incapacidade impedindo atividades plenas diárias (equivalentes são 1SF grau 5, outros 0 ou 1; ou combinações de graus menores excedendo o escore 4.0)	
6,0	Assistência intermitente ou com auxílio unilateral constante de bengala, muleta ou suporte (equivalentes são mais que 2 SF graus 3+)	
6,5	Assistência bilateral (equivalentes são mais que 2 SF graus 3+)	
7,0	Não anda 5 m mesmo com ajuda. Restrito a cadeira de rodas. Transfere da cadeira para cama (equivalentes são combinações com mais que 1 SF 4+, ou piramidal grau 5 isoladamente)	
7,5	Consegue apenas dar poucos passos. Restrito á cadeira de rodas. Necessita ajuda para transferir-se (equivalentes são combinações com mais que 1 SF grau 4+)	
8,0	Restrito ao leito, mas pode ficar fora da cama. Retém funções de autocuidado; bom uso dos braços (equivalentes são combinações de vários SF grau 4+)	
8,5	Restrito ao leito constantemente. Retém algumas funções de autocuidade e dos braços (equivalentes são combinações de vários SF grau 4+)	
9	Paciente incapacitado no leito. Pode comunicar, não come, não deglute (equivalentes é a maioria de SF grau 4+)	
9,5	Paciente totalmente incapacitado no leito. Não comunica, não come, não deglute (equivalentes são quase todos de SF grau 4+)	
10	Morte por esclerose múltipla	

16/07/2025

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE

AZATIOPRINA, GLATIRÂMER, BETAINTERFERONAS,
TERIFLUNOMIDA, FURAMATO DE DIMETILA, FINGOLIMODE E NATALIZUMABE.

Eu, Antonio Marinho declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de azatioprina, glatirâmer, betainterferonas e natalizumabe, indicados para o tratamento de esclerose múltipla.

Ostermos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico Lucas Amorim Vieira de Barros

Assim, declaro que fui claramente informado (a) de que o medicamento que passo a receber pode trazer as seguintes melhoras:

- melhora dos sintomas;
- redução do número de internações hospitalares.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos do uso do medicamento:

- não se sabe ao certo os riscos do uso da betainterferona, teriflunomida, fumarato de dimetila, fingolimode e natalizumabe na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- há evidências de riscos ao bebê com o uso de azatioprina, mas um benefício potencial pode ser maior que os riscos;
- é pouco provável que o glatirâmer apresente risco para o bebê; os benefícios potenciais provavelmente sejam maiores que os riscos;
- efeitos adversos da azatioprina: diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, fezes com sangue, problemas no fígado, febre, calafrios, diminuição de apetite, vermelhidão de pele, queda de cabelo, aftas, dores nas juntas, problemas nos olhos (retinopatia), falta de ar, pressão baixa;
- efeitos adversos das betainterferonas: reações no local de aplicação, sintomas de tipo gripal, distúrbios menstruais, depressão (inclusive com ideação suicida), ansiedade, cansaço, perda de peso, tonturas, insônia, sonolência, palpitações, dor no peito, aumento da pressão arterial, problemas no coração, diminuição das células brancas, vermelhas e plaquetas do sangue, falta de ar, inflamação na garganta, convulsões, dor de cabeça e alterações das enzimas do fígado;
- efeitos adversos do glatirâmer: dor e irritação no local da injeção, dor no peito e dores difusas, aumento dos batimentos do coração, dilatação dos vasos, ansiedade, depressão, tonturas, coceira na pele, tremores, falta de ar suor;
- efeitos adversos da teriflunomida: cefaleia, diarreia, náusea, alopecia e aumento da enzima alanina aminotransferase (ALT/TGP);
- efeitos adversos do furamato de dimetila: rubor, eventos gastrointestinais (diarreia, náuseas, dor abdominal, dor abdominal superior), linfopenia, leucopenia, sensação de queimação, fogacho, vômito, gastrite, prurido, eritema, proteinúria e aumento de aminotransferases. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) reação adversa grave, já foi relatada, portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações de hipersensibilidade;
- efeitos adversos do fingolimode: dor de cabeça, dor nas costas, diarreia, tosse, tontura, fraqueza, queda de cabelo, falta de ar, elevação das enzimas do fígado, infecções virais, sinusite, problemas de visão e diminuição dos batimentos no coração que podem acontecer logo após a administração da primeira dose do medicamento e até seis horas após. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) reação adversa grave, já foi relatada, portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações

- efeitos adversos do natalizumabe: dor de cabeça, tontura, vômitos, náuseas, alergias, arrepios, cansaço e alterações nas enzimas do fígado. Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LEMP) reação adversa grave, já foi relatada, portanto, os pacientes devem ser monitorizados regularmente para que sejam detectados quaisquer sinais ou sintomas que possam sugerir LEMP, como infecções e reações de hipersensibilidade.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim () Não

☐ azatioprina
☒ betainterferona 1a
☐ glatirâmer
☐ teriflunomida
☐ fumarato de dimetila
☐ fingolimode
☐ natalizumabe

Nota 1: Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

Nota 2: A administração intravenosa de metilprednisolona é compatível com o procedimento 03.03.02.001-6 - Pulsoterapia I (por aplicação), da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS.