



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*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante					
4545646		Sta. Lúcia					
3- Nome completo do Paciente*					5-Peso do paciente*		
Santos Dumont					654 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente*					6-Altura do paciente*		
654654					654 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	fosfato de codeína 30 mg (comprimido)	60	60	60	60	60	60
2	fosfato de codeína 30 mg (comprimido)	65	65	65	65	65	65
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
R52.1		Dor Crônica Intratável					
11- Anamnese*							
asdfasd							
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							
sdf							
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*							
17/07/2025							

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 type="checkbox"/> Amarela			
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia:			
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação			
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS			
22- Correio eletrônico do paciente			

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

17/07/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

17/07/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

16/08/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

16/08/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

15/09/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

15/09/2025

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

654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

15/10/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

15/10/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd

fosfato de codeína 30 mg (comprimido)

asd

fosfato de codeína 30 mg (comprimido)

6565

60

65

14/11/2025

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

Assinatura do Farmacêutico

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654

65465-456

654654

654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd

fosfato de codeína 30 mg (comprimido)

asd

fosfato de codeína 30 mg (comprimido)

6565

60

65

14/11/2025

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

Assinatura do Farmacêutico

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654

65465-456

654654

654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

14/12/2025

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

Sta. Lúcia
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 60
asd
fosfato de codeína 30 mg (comprimido) 65
6565

14/12/2025

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

654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56465-456 654654

ESCALA DE DOR LANNS
(ADAPTADA AO PORTUGUÊS DO BRASIL POR SCHESTATSKY ET AL., 2011) (6)

Nome: Santos Dumont

Data: 17/07/2025

Esta escala de dor ajuda a determinar como os nervos que carregam a informação de dor estão funcionando. É importante obter este tipo de informação, pois ela pode ajudá-lo na escolha de um tratamento específico para o seu tipo de dor.

A. QUESTIONÁRIO DE DOR

- Pense na dor que você vem sentindo na última semana.
- Por favor, diga se qualquer uma das características abaixo se aplica à sua dor. Responda apenas SIM ou NÃO.

1) A sua dor se parece com uma sensação estranha e desagradável na pele? Palavras como “agulhadas”, “choques elétricos” e “formigamento” são as que melhor descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se parece com isso.....[0]

b) SIM – Eu tenho este tipo de sensação com frequência.....[5]

2) A sua dor faz com que a cor da pele dolorida mude de cor? Palavras como “manchada” ou “avermelhada ou rosada” descrevem a aparência da sua pele.

a) NÃO – Minha dor não afeta a cor da minha pele.....[0]

b) SIM – Eu percebi que a dor faz com que minha pele mude de cor.[5]

3) A sua dor faz com a pele afetada fique sensível ao toque? [A ocorrência de] Sensações desagradáveis ou dolorosas ao toque leve ou mesmo ao toque da roupa ao vestir-se descrevem esta sensibilidade anormal.-

a) NÃO – Minha dor não faz com que minha pele fique mais sensível.....[0]

b) SIM – Minha pele é mais sensível ao toque nesta área.....[3]

4) A sua dor inicia de repente ou em crises, sem nenhuma razão aparente, quando você está parado, sem fazer nenhum movimento? Palavras como “choques elétricos”, “dor em pontada” ou “dor explosiva” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Minha dor não se comporta desta forma[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com muita frequência.....[2]

5) A sua dor faz com que a temperatura da sua pele na área dolorida mude? Palavras como “calor” e “queimação” descrevem estas sensações.

a) NÃO – Eu não tenho este tipo de sensação.....[0]

b) SIM – Eu tenho estas sensações com frequência.....[1]

B. EXAME DA SENSIBILIDADE (preenchido pelo médico)

A sensibilidade da pele pode ser examinada comparando-se a área dolorida com a área contra-lateral ou nas áreas adjacentes não doloridas avaliando a presença de alodinia e alteração do limiar de sensação ao estímulo da agulha (LSA).

6) ALODINIA

Examine a resposta ao toque leve com algodão sobre a área não dolorida e, a seguir, ao toque da área dolorida. Caso sensações normais forem percebidas no lado não dolorido e, ao contrário, se dor ou sensações desagradáveis (sensação tipo “picada” ou “latejante”) forem percebidas na área afetada, então a alodinia está presente.

- a) NÃO – Sensação normal em ambas as áreas.....[0]
b) SIM – Alodinia somente na área dolorida.....[5]

7) ALTERAÇÃO DO LIMIAR POR ESTÍMULO DE AGULHA

a) Determine o limiar por estímulo de agulha pela comparação da resposta a uma agulha de espessura 23 (cor azul) conectada a uma seringa de 2 ml – sem a parte interna – suavemente colocada nas áreas doloridas da pele e depois nas não doloridas.

b) Caso uma sensação de agulhada normal for sentida na área da pele não dolorida, mas uma sensação diferente for sentida na área dolorida como, por exemplo, “nenhuma sensação” ou “somente sensação de toque” (LSA aumentado) ou “dor muito intensa” (LSA diminuído), isso significa que há um LSA alterado.

c) Caso a sensação de agulhada não for percebida em nenhuma área, conecte a parte interna da seringa à agulha para aumentar o peso e repita a manobra.

- a) NÃO – Sensação igual em ambas as áreas.....[0]
b) SIM – Limiar por estímulo de agulha alterado no lado dolorido.....[3]

ESCORE:

Some os valores entre parênteses nos achados descritivos e de exame da sensibilidade para obter um escore global.

ESCORE TOTAL (máximo 24)

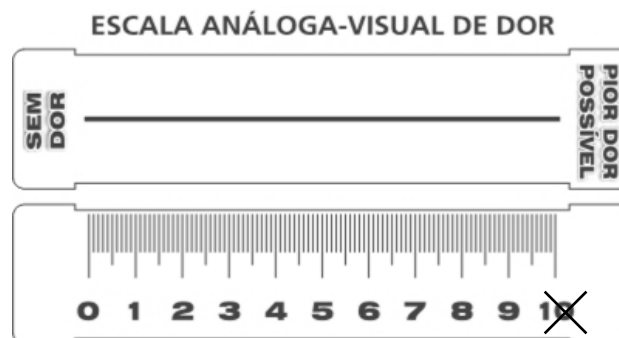
Se o escore for inferior a 12, [são improváveis de] estejam contribuindo para a dor do paciente.

Se o escore for igual ou superior a 12, provavelmente mecanismos neuropáticos estejam contribuindo para a dor do paciente.

Assinatura e carimbo do médico

Data: 17/07/2025

Escala EVA



Assinatura e carimbo do médico

Data: 17/07/2025

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE CODEÍNA, MORFINA, METADONA, GABAPENTINA

Eu, Santos Dumont (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre os benefícios, riscos, contraindicações, principais efeitos adversos relacionados ao uso de **codeína, morfina, metadona e gabapentina**, indicados para o tratamento da **dor crônica**.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico Lucas Amorim Vieira de Barros (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que os medicamentos que passo a receber podem trazer as seguintes melhoras:

- alívio da dor;
- melhora da qualidade de vida.

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

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso de codeína, morfina, metadona e gabapentina na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- **codeína**: analgésico opioide fraco, usado para alívio da dor moderada; contraindicação - diarreia associada a colite pseudomembranosa causada por uso de cefalosporinas, lincomicina ou penicilina e diarreia causada por envenenamento e dependência de drogas (incluindo alcoolismo); efeitos adversos mais comuns - sonolência, constipação intestinal, náusea e vômitos nas primeiras doses, reações alérgicas, dificuldade de respirar, confusão mental, visão dupla ou nublada, boca seca, perda de apetite, dificuldade para urinar;
- **morfina**: analgésico opioide forte indicado para pacientes sem controle adequado da dor (em grau moderado, intenso ou muito intenso) para os quais a dose pode ser aumentada gradativamente, de acordo com a necessidade; contraindicações - gravidez, insuficiência respiratória, hipertensão intracraniana, insuficiência renal e hepática; efeitos adversos mais relatados - sedação (pode durar de 3 a 5 dias, melhorando a partir de então), náusea e vômitos, dificuldade de respirar (pacientes com câncer desenvolvem rápida tolerância); constipação intestinal; confusão mental (pode ocorrer nos primeiros dias de tratamento) e retenção urinária; efeitos colaterais menos frequentes - fraqueza, dor de cabeça, insônia, perda de apetite, boca seca, coceira, batimentos acelerados do coração;
- **metadona**: analgésico opioide sintético de alta potência, indicado como alternativa nos casos de dor intensa, de difícil tratamento; contraindicação - insuficiência respiratória grave; efeitos adversos mais relatados - dificuldade para respirar, delírio, tontura, náusea e vômitos, suor excessivo; efeitos adversos menos frequentes - fraqueza, dor de cabeça, euforia, insônia, boca seca, perda de apetite, constipação, batimentos acelerados do coração, dificuldade para urinar;
- **gabapentina**: antiepilético indicado para pacientes que apresentem dor neuropática; efeitos adversos - diminuição das células brancas do sangue, constipação, secura na boca, náuseas e vômitos, tontura, sonolência, cansaço, depressão, confusão, nervosismo, descoordenação, amnésia, ganho de peso, visão turva ou dupla, coceira na pele, rinite, bronquite, faringite, tosse e infecções respiratórias, edema periférico, febre.

O uso de qualquer dos opioides requer maiores precauções e cuidados em grávidas, em pacientes que estão amamentando, em idosos e em crianças.

As habilidades motoras e a capacidade física necessárias para o desempenho de tarefas potencialmente perigosas, como conduzir veículos ou operar máquinas, podem ficar comprometidas.

Quando não forem possíveis a prevenção e o tratamento dos efeitos colaterais, o medicamento deverá ser suspenso, em conformidade com a decisão médica.

Os analgésicos opioides não causam dependência facilmente; não causam depressão respiratória clinicamente significativa em pacientes com câncer, mesmo com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC); não aceleram a morte nem deixam o paciente alheio ao ambiente em que está inserido.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

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

Meu tratamento constará de um dos seguintes medicamentos:

() codeína

() morfina

() metadona

() gabapentina

Local:		Data: 17/07/2025	
Nome do paciente: Santos Dumont			
Cartão Nacional de Saúde:			
Nome do responsável legal:sdf			
Documento de identificação do responsável legal:			
Assinatura do paciente ou do responsável legal			
Médico responsável: Lucas Amorim Vieira de Barros		CRM:	UF:
Assinatura e carimbo do médico			
Data: 17/07/2025			

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Relatório Médico

Nome do paciente: Santos Dumont

654654

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654

654654

56465-456

654654

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

1 - Registro ANS		3 - Nº Guia Principal (Paciente Internado)		4 - Data de Autorização		5-Senha		6 - Data Validade da Senha		7 - Data de Emissão da Guia	
Dados do Beneficiário			9- Plano			10- Validade da Carteira			11 - Nome		
8 - Número da Carteira						Santos Dumont			12 - Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Solicitante			13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			14 - Nome do Contratado			15 - Código CNES		
						Sta. Lúcia			4545646		
16 - Nome do Profissional Solicitante			17 - Conselho Profissional			18 - Número no Conselho			19 - UF		
Lucas Amorim Vieira de Barros						150493			20 - Código CBO S		
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados										28- Ql.Solic. 29- Ql. Autoriz.	
21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caráter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)					
		E- Eletiva U- Urgência/Emergência		R52.1		Dor Crônica Intratável					
25- Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição							
1 -											
2 -				654654							
3 -											
4 -											
5 -											
Dados do Contratado Executor											
30 - Código na Operadora / CNPJ / CPF		31 - Nome do Contratado		32- TL		33-34-35-Logradouro - Número - Complemento		36 - Município		37 - UF	
								38 - Cód. IBGE		39 - CEP	
41 - Nome do Profissional Executor/Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF		45 - Código CBO S		40- Código CNES	
Dados do Atendimento											
46-Tipo Atendimento											
01 - Remoção 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06-Atendimento Domiciliar											
07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09-Radioterapia 10- TRS- Terapia Renal Substitutiva											
Consultas Referência											
49 -Tipo de Doença		50 -Tempo de Doença		47 - Indicação de Acidente							
A- Aguda C- Crônica		A- Anos M- Meses D- Dias		0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Transito 2 - Outros							
Procedimentos e Procedimentos em Série										48- Tipo de Saída	
51-Data		52-Hora Inicial		53-Hora Final		54-Tabela		55-Código do Procedimento		56-Descrição	
1 -											
2 -											
3 -											
4 -											
5 -											
63-Data e Assinatura de Procedimentos em Série											
1 -				3 -				5 -			
2 -				4 -				6 -			
64 - Observação											
65 - Total Procedimentos R\$										66 - Total Taxas e Autuções R\$	
66- Data e Assinatura do Solicitante										67 - Total Materiais R\$	
										68 - Total Medicamentos R\$	
										69 - Total Diárias R\$	
										70 - Total Gastos Médicinas R\$	
										71 - Total Geral da Guia R\$	
										72- Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	
										73- Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
										74- Data e Assinatura do Prestador Executor	