



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 Sta. Lúcia					
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* 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* <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 _____		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente _____		

\* 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

17/07/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		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:** Antonio Marinho  
**Endereço:** Rua Arrebol, 40

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

17/07/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		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:** Antonio Marinho  
**Endereço:** Rua Arrebol, 40

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

16/08/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		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:** Antonio Marinho  
**Endereço:** Rua Arrebol, 40

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

16/08/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		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:** Antonio Marinho  
**Endereço:** Rua Arrebol, 40

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

15/09/2025

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

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

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

15/09/2025

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

654654, 654654  
(65) 4654.654  
56465-456

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

15/10/2025

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

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

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

15/10/2025

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

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

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

14/11/2025

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

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

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

14/11/2025

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

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

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

14/12/2025

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

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

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

14/12/2025

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

654654, 654654  
(65) 4654.654  
56465-456

654654  
654654

**ESCALA EXPANDIDA DO ESTADO DE INCAPACIDADE - EDSS**

<b>Escore</b>	<b>Características</b>	<b>Escore Total</b>
0	Exame neurológico normal (todos os SF grau 0; cerebral, grau 1 aceitável)	X
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	

17/07/2025