



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					
6832548		Dr. Oline					
3- Nome completo do Paciente*					5- Peso do paciente*		
Lucas Amorim Vieira de Barros					654 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente*					6- Altura do paciente*		
Marlene					150 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	clobazam 20 mg (comprimido)	30	30	30	30	30	30
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G40.0		Epilepsia e Síndromes Epilépticas Idiopáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises de Início Focal					
11- Anamnese*							
4654							
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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento							
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*				16- Data da solicitação*			
197846546546546				10/12/1998			

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: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

10/12/1998

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

Dr. Oline
Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

10/12/1998

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

Dr. Oline
Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

09/01/1999

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

Dr. Oline
Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

09/01/1999

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

Dr. Oline
Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral
clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

08/02/1999

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

Dr. Oline
Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral
clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

08/02/1999

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

Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

10/03/1999

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

Dr. Oline
Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

10/03/1999

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

Dr. Oline
Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30

Tomar 1cp à noite.

09/04/1999

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

Dr. Oline

Rua Sena Madureira, 300

(11) 5484.548 São Paulo

06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30

Tomar 1cp à noite.

09/04/1999

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

Dr. Oline

Rua Sena Madureira, 300

(11) 5484.548 São Paulo

06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

09/05/1999

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

Dr. Oline
Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

Oral

clobazam 20 mg (comprimido) 30
Tomar 1cp à noite.

09/05/1999

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

Rua Sena Madureira, 300
(11) 5484.548 São Paulo
06403-300 Vila Mariana