



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* 234232		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica 2		
3- Nome completo do Paciente* Luiz Augusto		5- Peso do paciente* 180 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* Romeira Augusta		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		10- Diagnóstico Epilepsia com hemorróidas 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: Homeopatia				
<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				
Analice Fernandes Sauro 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* 30/10/2019		

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			
333.774.458-80			
22- Correio eletrônico do paciente			

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

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

**Nome:** Luiz Augusto

**Endereço:**

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

30/10/2019

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

Clinica 2

46string

564

54

654

564

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

**Nome:** Luiz Augusto

**Endereço:**

Lamotrigina 100mg

60

Tomar 1cp de 12/12 horas.

30/10/2019

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

Clinica 2

46string

564

54

654

564

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

**Nome:** Luiz Augusto  
**Endereço:**  
  
Lamotrigina 100mg 60

29/11/2019

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

Clinica 2  
46string  
564 54  
654 564

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

**Nome:** Luiz Augusto  
**Endereço:**  
  
Lamotrigina 100mg 60

29/11/2019

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

Clinica 2  
46string  
564 54  
654 564

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

**Nome:** Luiz Augusto  
**Endereço:**  
  
Lamotrigina 100mg 60

29/12/2019

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

Clinica 2  
46string  
564 54  
654 564

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

**Nome:** Luiz Augusto  
**Endereço:**  
  
Lamotrigina 100mg 60

29/12/2019

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

46string  
564 54  
654 564