



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* asdfasd 5-Peso do paciente* 654 kg

4- Nome da Mãe do Paciente* 654 6-Altura do paciente* 654 cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação p	45	45	45	45	45	45
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* G30.0 10- Diagnóstico Doença de Alzheimer de Início Precoce

11- Anamnese* 654

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* ☒ NÃO ☐ 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?
☒ NÃO ☐ 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* 980016293604585 16- Data da solicitação* 15/07/2025

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* ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: ☐ Parda ☐ Sem informação 20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente ☐ CPF ou ☐ 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: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

15/07/2025

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

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

15/07/2025

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

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

14/08/2025

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

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

14/08/2025

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

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

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

13/09/2025

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

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

13/09/2025

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

13/10/2025

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

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

13/10/2025

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

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

12/11/2025

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

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

12/11/2025

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

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

12/12/2025

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

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

654654
bromidrato de galantamina 24 mg (cápsula de liberação prolongada) 45
654

12/12/2025

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

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

3MINI – EXAME DO ESTADO MENTAL

(Foistein, Foinsten & McHugh, 1975)

Paciente: asdfasd

Data da Avaliação: 15/07/2025

Avaliador: Lucas Amorim Vieira de Barros

ORIENTAÇÃO

Dia da semana (1 ponto)..... 1
Dia do mês (1 ponto)..... 0
Mês (1 ponto)..... 1
Ano (1 ponto)..... 1
Hora aproximada (1 ponto)..... 0
Local específico (andar ou setor) (1 ponto)..... 1
Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto)..... 0
Cidade (1 ponto)..... 1
Estado (1 ponto)..... 1

MEMÓRIA IMEDIATA

Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta..... 1
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá pergunta-la novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

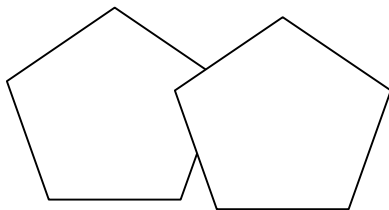
(100 – 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente
(1 ponto para cada cálculo correto)..... 2
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

EVOCAÇÃO

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente
(1 ponto por palavra)..... 0

LINGUAGEM

Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)..... 1
Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)..... 1
Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão”
(3 pontos)..... 1
Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto)..... 1
Escrever uma frase (1 ponto)..... 1
Copiar um desenho (1 ponto)..... 1



Total: 16 / 30

Avaliação Clínica da Demência (Clinical dementia rating – CDR)

Nome do paciente: asdfasd

15/07/2025

	Nenhuma 0	Questionável 0,5	Leve 1	Moderada 2	Grave 3
Assuntos comunitários	Funcionalmente independente ao nível usual de trabalho, compras, atividades voluntárias e grupos sociais	Leve incapacidade nestas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nestas atividades, ainda que possa se engajar em algumas. Parece normal quando casualmente inspecionado.	Sem pretensão de manter funções independentes fora do domicílio. Parece suficientemente bem para ser levado à atividades fora do domicílio familiar.	Parece muito doente para ser levado para fora do domicílio
Atividades domésticas e passatempos	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual, bem mantidos.	Vida doméstica, passatempo e interesse intelectual levemente comprometido.	Incapacidade leve, porém definitiva, para atividades do lar. Abandono de atividades mais difíceis, passatempos complicados. Outros interesses abandonados.	Somente as ações simples estão preservadas; interesse restrito.	Ausência de atividades significantes no domicílio.
Cuidado pessoal	Plenamente capaz de manter auto-cuidado		Necessita “incentivo”	Requer assistência no vestuário, higiene e manejo de itens pessoais.	Requer muita ajuda no cuidado pessoal; incontinência freqüente.
Julgamento e resolução de problema	Resolve problemas do dia-a-dia, incluindo atividades comerciais e financeiras; capacidade de julgamento adequado quando comparada ao desempenho anterior	Incapacidade leve, para resolver problemas; identificar similaridades e diferenças	Dificuldade moderada no manejo de problemas, identificação de similaridades e diferenças. Julgamento social usualmente preservado.	Enorme incapacidade para manejar problemas, similaridades e diferenças. Julgamento social comprometido.	Incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas.
Memória	Sem perda de memória; esquecimento inconstante	Esquecimento leve consistente, relembra parcialmente eventos. “Esquecimento benigno”	Perda moderada da memória, mais acentuada para eventos recentes. Interferência nas atividades da vida diária.	Perda grave da memória, com retenção apenas de dados fortemente consolidados, novos dados rapidamente perdidos	Grave perda da memória; apenas fragmentos permanecem.
Orientação	Orientação plena	Orientação plena, exceto dificuldade branda com datas.	Dificuldade moderada com datas, orientação quanto ao “espaço” onde se realiza exame; pode apresentar desorientação geográfica.	Dificuldade grave com datas, desorientação <u>usual</u> quanto ao tempo. <u>Permanece</u> quanto ao espaço.	Orientação apenas em relação em relação à pessoa.

Grau de acometimento: 1

TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE
DONEPEZILA, GALANTAMINA, RIVASTIGMINA E MEMANTINA

Eu, asdfasd (nome do (a) paciente ou de seu responsável), declaro ter sido informado (a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de **donepezila, galantamina, rivastigmina e memantina**, indicadas para o tratamento da **doença de Alzheimer**.

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 o medicamento que passo a receber pode trazer os seguintes benefícios:

- redução na velocidade de progressão da doença e
- melhora da memória e da atenção.

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

- não se sabe ainda ao certo os riscos do uso desses medicamentos na gravidez; portanto, caso engravide, devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos da **donepezila** mais comuns: insônia, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, dispepsia, câibras musculares, cansaço; menos comuns: dor de cabeça, sonolência, tontura, depressão, perda de peso, sonhos anormais, aumento da frequência urinária, desmaios, bradicardia, artrite e manchas roxas na pele;
- efeitos adversos da **galantamina** mais comuns: náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, perda de peso, dor abdominal, dispepsia, gases, tontura, dor de cabeça, depressão, cansaço, insônia e sonolência; menos comuns: infecção do trato urinário (com sangue na urina), incontinência urinária, anemia, tremor, rinite e problemas hepáticos;
- efeitos adversos da **rivastigmina** mais comuns: tontura, dor de cabeça, náusea, vômitos, diarreia, perda de apetite, cansaço, insônia, confusão mental e dor abdominal; menos comuns: depressão, ansiedade, sonolência, alucinações, desmaios, hipertensão, dispepsia, prisão de ventre, gases, perda de peso, infecção do trato urinário, fraqueza, tremor, angina, úlcera gástrica ou duodenal e erupções cutâneas; os adesivos transdérmicos também podem causar reações na pele no local da aplicação como vermelhidão, coceira, irritação e inchaço no local da aplicação;
- efeitos adversos da **memantina** mais comuns: cefaleia, cansaço, tontura; os menos frequentes incluem alucinações, alterações de marcha, perda de peso, ansiedade, dor nas articulações, problemas nas vias aéreas, cistite, prisão de ventre, diarreia, confusão, dor lombar, inchaço, aumento da pressão arterial, hipertonia, insônia, aumento da libido, náusea, queda, sonolência e vômitos.
- contraindicados em casos de hipersensibilidade (alergia) conhecida aos fármacos;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem.

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 a ser atendido (a), inclusive se desistir de usar o medicamento.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer em uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () sim () não

O meu tratamento constará do (s) seguinte (s) medicamento (s):

() donepezila

☒ galantamina

() rivastigmina

() memantina

Local:	Data:	
Nome do paciente:		
Cartão Nacional de Saúde:		
Nome do responsável legal:		
Documento de identificação do responsável legal:		
<div></div>		
Assinatura do paciente ou do responsável legal		
Médico responsável:	CRM:	UF:
<div></div>		
Assinatura e carimbo do médico		
Data: _____		

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											
8 - Número da Carteira			9- Plano			10- Validade da Carteira			11 - Nome		
									asdfsad		
Dados do Contratado Solicitante			13 - Código na Operadora / CNPJ / CPF			14 - Nome do Contratado			15 - Código CNES		
						adfsad			4545646		
16 - Nome do Profissional Solicitante			Lucas Amorim Vieira de Barros			17 - Conselho Profissional			18 - Número no Conselho		
									150493		
19 - UF			20 - Código CBO S								
Dados de Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados											
21 - Data/Hora da Solicitação		22 - Caracter da Solicitação		23 - CID 10		24 - Indicação Clínica (Obrigatório se pequena cirurgia, terapia, consulta referenciada e alto custo)					
		E- Eletiva U- Urgência/Emergência		G30.0		Doença de Alzheimer de Início Precoce					
25- Tabela		26 - Código do Procedimento		27 - Descrição		28. Q1.Solic. 29- Q1. Autoriz.					
1 -											
2 -				asdfsadf							
3 -											
4 -											
5 -											
Dados do Contratado Executante											
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	
41 - Nome do Profissional Executante		Complementar		42 - Conselho Profissional		43 - Número no Conselho		44 - UF		45 - Código CBO S	
										46- 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					
Consulta Referência		50 - Tempo de Doença						47 - Indicação de Acidente			
49 -Tipo de Doença		A- Aguda C- Crônica		A- Anos M- Meses D- Dias				0 - Acidente ou doença relacionado ao trabalho 1 - Trânsito 2 - Outros			
Procedimentos e Procedimentos em Série											
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 -											
2 -											
64 - Observação											
65 - Total Procedimentos R\$		66 - Total Taxas e Autuguês R\$		67 - Total Materiais R\$		68 - Total Medicamentos R\$		69 - Total Diárias R\$		70 - Total Gastos Médicinas R\$	
86- Data e Assinatura do Solicitante		87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização		88-Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável		89- Data e Assinatura do Prestador Executante		71 - Total Geral da Guia R\$			