



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* 6832548		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Dr. Oline					
3- Nome completo do Paciente* Lucas Amorim Vieira de Barros					5-Peso do paciente* 654 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* Marlene					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	clobazam 20 mg (comprimido)	30	30	30	30	30	30
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10* G40.0		10- Diagnóstico 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 <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>							
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* 197846546546546		16- Data da solicitação* 20/10/1985					
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR* : <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante <input type="checkbox"/> 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: Lucas Amorim Vieira de Barros
Endereço: 6451

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

<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

20/10/1985

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.

<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

20/10/1985

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.

19/11/1985

<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.

19/11/1985

<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.

19/12/1985

<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.

19/12/1985

<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.

18/01/1986

<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.

18/01/1986

<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.

17/02/1986

<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.

17/02/1986

<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.

19/03/1986

<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.

19/03/1986

<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