



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					
645		546					
3- Nome completo do Paciente*					5-Peso do paciente*		
Santos Dumont					654 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente*					6-Altura do paciente*		
654654					654 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável)	asdf	asdf	asdf	asdf	asdf	asdf
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G12.0		Atrofia muscular espinal infantil tipo I					
11- Anamnese*							
asdf							
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							
sdf							
Nome do responsável							
14- Nome do médico solicitante*							
Lucas Amorim Vieira de Barros							
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*				16- Data da solicitação*			
980016293604585				20/07/2025			
17- Assinatura e carimbo do médico*							
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							
22- Correio eletrônico do paciente							
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*							

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

20/07/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

20/07/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nuginsersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

19/08/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nuginsersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

19/08/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

18/09/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

18/09/2025

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

654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

18/10/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

18/10/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

17/11/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

17/11/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

17/12/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
nusinersena 2,4 mg/ml (solução injetável) asdf
asdf

17/12/2025

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

654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

QUESTIONÁRIO - AVALIAÇÃO CLÍNICA DE PACIENTES COM AME 5Q TIPOS I E II

Escala HFMSE: http://columbiasma.org/docs/HFMSE_2019_Manual.pdf