



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* 5874523		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus		
3- Nome completo do Paciente* Piquirete Cardoso Almeida		5- Peso do paciente* 65 kg		6- Altura do paciente* 165 cm
4- Nome da Mãe do Paciente* Periclécia Tavares Almeida				
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* G40.0		10- Diagnóstico Epilepsia com hemorroidas 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: Usou remédio de louco: Gardenal.				
<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				
Periclécia Tavares Almeida Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante* Jair Messias Bolsonaro		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016548796457		16- Data da solicitação* 10/10/1900		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input 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*		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 <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 87744578940		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: Piquirete Cardoso Almeida
Endereço:

Lamotrigina 100mg
Tomar 1cp de 12/12 horas.

60

10/10/1900

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua da Água Benta, 784

011 888844575 Fátima
04012554 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Piquirete Cardoso Almeida
Endereço:

Lamotrigina 100mg
Tomar 1cp de 12/12 horas.

60

10/10/1900

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua da Água Benta, 784

011 888844575 Fátima
04012554 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Piquirete Cardoso Almeida
Endereço:

Lamotrigina 100mg 60

09/11/1900

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua da Água Benta, 784
011 888844575 Fátima
04012554 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Piquirete Cardoso Almeida
Endereço:

Lamotrigina 100mg 60

09/11/1900

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua da Água Benta, 784
011 888844575 Fátima
04012554 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Piquirete Cardoso Almeida
Endereço:

Lamotrigina 100mg 60

09/12/1900

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua da Água Benta, 784

011 888844575 Fátima
04012554 Jardim Iluminado

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Piquirete Cardoso Almeida
Endereço:

Lamotrigina 100mg 60

09/12/1900

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

Rua da Água Benta, 784

011 888844575 Fátima
04012554 Jardim Iluminado