



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* 6455648		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Heleníssima		
3- Nome completo do Paciente* Paciente com dois medicamentos		5- Peso do paciente* 80 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* Mãe Rata		6- Altura do paciente* 180 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Gardenal 100mg	60	60	60
2	Lamotrigina 25MG	120	120	120
3				
4				
5				
9- CID-10* G40.0		10- Diagnóstico Esquizofrenia		
11- Anamnese* Dor anal e crises generalizadas.				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar:				
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> 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* 15/01/2020		

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			
22- Correio eletrônico do paciente			

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

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

**Nome:** Paciente com dois medicamentos

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60  
1cp 12/12 horas.

Lamotrigina 25MG 120  
2CP 12/12 HORAS

15/01/2020

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Paciente com dois medicamentos

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60  
1cp 12/12 horas.

Lamotrigina 25MG 120  
2CP 12/12 HORAS

15/01/2020

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Paciente com dois medicamentos

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60  
1cp 12/12 horas.

Lamotrigina 25MG 120  
2CP 12/12 HORAS

14/02/2020

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Paciente com dois medicamentos

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60  
1cp 12/12 horas.

Lamotrigina 25MG 120  
2CP 12/12 HORAS

14/02/2020

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Paciente com dois medicamentos

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60  
1cp 12/12 horas.

Lamotrigina 25MG 120  
2CP 12/12 HORAS

15/03/2020

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

Clinica Heleníssima

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja

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

**Nome:** Paciente com dois medicamentos

**Endereço:** Rua Professora Rica, 28

Via oral:

Gardenal 100mg 60  
1cp 12/12 horas.

Lamotrigina 25MG 120  
2CP 12/12 HORAS

15/03/2020

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

Rau das Acácias, 420

555474564

Cotia

067087456

Embua da Granja