

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

1-Número do CNES* 2-Nome do estabelecimento de saúde solicitante 3-45646 Sta. Lúcia 5-Peso do paciente* 554 Sq. Lúcia 5-Peso do paciente* 554 Sq. Aflura do paciente* 55		SOLICITAÇÃO DE MEDICAME	1410(3	,				
3. Nome completo do Paciente* Santos Dumont 4. Nome da Mãe do Paciente* 654654 7. Medicamento(s)* 7. Medicamento(s)* 1. clobazam 20 mg (comprimido) 2. etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL)) 3. lamotrigina 50 mg (comprimido) 4. 5. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6. 6.		CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO N	IÉDICO :	SOLICIT	ANTE			
Santos Dumont A. Nome da Mãe do Paciente* 654-654-654-654-654-654-654-654-654-654-	1-N		olicitante					
6. Altura do paciente* 6. S4654	_	·				5-Pes		<u> </u>
7- Medicamento(s)* 1 clobazam 20 mg (comprimido) 1 clobazam 20 mg (comprimido) 2 etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL)) 3 lamotrigina 50 mg (comprimido) 4 5 6 6 9- CID-10* 10- Diagnéstico G40.0 Epilepsia e Síndromes Epilépticas Idiopáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises de Início Focal 11- Anamnese* 23423 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? NÃO SIMI, Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento 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* 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Outro, informar nome: Branca Amaria	C 4-1	Nome da Mãe do Paciente*				6-Altu	ra do pa	
1 clobazam 20 mg (comprimido) 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12 12		100 1		o Ous	ntidado	solicit		cm
2 etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL)) 3 lamotrigina 50 mg (comprimido) 4		7- Medicamento(s)*	1º mês					6º mês
3 lamotrigina 50 mg (comprimido) 4 5 6 6 6 6 6 6 6 6 6	1	clobazam 20 mg (comprimido)	12	12	12	12	12	12
4	2	etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))						
a CID-10* 10- Diagnóstico G40.0 Epilepsia e Sindromes Epilépticas Idiopáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises de Início Focal 11- Anamnese* 23423 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 médico solicitante* 14- Nome do médico solicitante* 17- Assinatura e carimbo do médico* 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante □Outro, informar nome: □ P- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* 20- Telefone(s) para contato do paciente	3	lamotrigina 50 mg (comprimido)						
9. CID-10* 10. Diagnóstico G40.0 Epilepsia e Síndromes Epilépticas Idiopáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises de Início Focal 11. Anamnese* 23423 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 15. Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16. Data da solicitação* 16. Data da solicitação* 16. Data da solicitação* 16. O7/2025 18. CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Medico solicitante Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Outro, informar nome: 19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável 19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável 19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável	4							
9-CID-10* G40.0 Epilepsia e Síndromes Epilépticas Idiopáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises de Início Focal 11- Anamnese* 23423 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* NÃO	5							
Epilepsia e Síndromes Epilépticas Idiopáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises de Início Focal 11- Anamnese*	6							
11- Anamnese* 23423 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 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* ☐ 16- Data da solicitação* ☐ 16- O7/2025 ☐ 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☑ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante ☐ Outro, informar nome: ☐ 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* ☐ 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* ☐ 20- Telefone(s) para contato do paciente ☐ Branca ☐ Amarela			•					
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 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* 16/07/2025 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Outro, informar nome: 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* 20- Telefone(s) para contato do paciente	$\overline{}$		alização	(focal) (p	arcial) C	om Crise	s de Inío	cio Focal
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* NÃO	1							
NÃO ☐ SIM. Relatar: 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	234	423						
NÃO ☐ SIM. Relatar: 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								
NÃO ☐ SIM. Relatar: 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	12-	Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						\longrightarrow
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 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585 16- Data da solicitação* 17- Assinatura e carimbo do médico solicitante da solicitação* 16- Data da solicitação* 16- Data da solicitação* 16- Data da solicitação* 17- Assinatura e carimbo do médico solicitante da solicitação* 16- Data da solicitação* 17- Assinatura e carimbo do médico solicitação* 16- Data da solicitação* 16- Data da solicitação* 17- Assinatura e carimbo do médico solicitação* 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Para da solicitação* 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Para da solicitação* 18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Para da solicitação da solicitação da solicitação da solicitação da solici								
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* □UCAS Amorim Vieira de Barros 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* □ 980016293604585 16- Data da solicitação* 16- Data da								.)
poderá realizar a solicitação do medicamento Nome do responsável 14- Nome do médico solicitante* Lucas Amorim Vieira de Barros 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585 18-CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: Paciente Mãe do paciente Responsável (descrito no item 13) Médico solicitante Outro, informar nome: 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* 20- Telefone(s) para contato do paciente	pac			_		da prese	ença fisic	a do
Nome do responsável 14- Nome do médico solicitante* 17- Assinatura e carimbo do médico* 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicitação* 16/07/2025 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* 20- Telefone(s) para contato do paciente 20- Telefone(s) para contato do paciente 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente 19				S	df			
Lucas Amorim Vieira de Barros 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585 18-CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ⊠Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante ☐ Outro, informar nome:		poderá realizar a solicitação do medicamento	1	Nome do	responsá	vel		— J
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585 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 ☐ Branca ☐ Amarela	[17- As	sinatura e	e carimbo	do médi	co* \
980016293604585 16/07/2025 18-CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ⊠ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante ☐ Outro, informar nome:								
Outro, informar nome:e CPF 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	15- INU	` ' ' II	11					
Outro, informar nome:e CPF 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*	18 - CA	MPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ⊠Paciente ☐Mãe do paciente ☐	Responsá	vel (descri	to no item	13) 🔲 M	lédico sc	licitante
☐Branca ☐Amarela	O	utro, informar nome:e	CPF					
		_) c 20	- Telefone	e(s) para d	contato d	o pacient	e
T LIFTEIA - LUDOJOPNA INTORMAT ETDIA:								
Parda Sem informação	=)
21- Número do documento do paciente		·) (²³⁻	Assinatura	a do respor	nsável pelo	preenchi	mento*
CPF ou CNS 22- Correio eletrônico do paciente			_					
22 Control distributed de patrionie								

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

clobazam 20 mg (comprimido)

asdf

asdf

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

16/07/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
ldentificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome: Nome:

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56465-456 654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

asdf

clobazam 20 mg (comprimido)

12

asdf

12

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

16/07/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
ldentificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

clobazam 20 mg (comprimido)

asdf

asdf

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

15/08/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome: Iden

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56465-456 654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

asdf

clobazam 20 mg (comprimido)

12

asdf

12

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

15/08/2025

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

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

clobazam 20 mg (comprimido)

asdf

asdf

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

14/09/2025

CT:
Órgão Emissor:
Identificação do Comprador

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56465-456 654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

asdf

clobazam 20 mg (comprimido)

12

asdf

12

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

14/09/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

clobazam 20 mg (comprimido)

asdf

asdf

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

14/10/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56465-456 654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

asdf

clobazam 20 mg (comprimido)

12

asdf

12

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

14/10/2025

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

clobazam 20 mg (comprimido)

asdf

asdf

12

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

13/11/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome: Ideni

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56465-456 654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

asdf

clobazam 20 mg (comprimido)

12

asdf

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

13/11/2025

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

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

clobazam 20 mg (comprimido)

asdf

asdf

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

lamotrigina 50 mg (comprimido)

13/12/2025

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

Sta. Lúcia

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56465-456

654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont

Endereço: 654654

asdf

clobazam 20 mg (comprimido)

12

12

etossuximida 50 mg/mL (xarope (frasco com 120 mL))

asdf

lamotrigina 50 mg (comprimido)

13/12/2025

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

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

654654