



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					
4545646		adsfasd					
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	sulfato de morfina 10 mg (comprimido)	60	60	60	60	60	60
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
R52.1		Dor Crônica Intratável					
11- Anamnese*							
asdfasd							
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							
17- Assinatura e carimbo do médico*							
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*							
980016293604585							
16- Data da solicitação*							
15/07/2025							

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	
<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: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

15/07/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

15/07/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

14/08/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

14/08/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

13/09/2025

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

asdfasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

13/09/2025

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

654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

13/10/2025

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

asdfasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

13/10/2025

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

asdfasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

12/11/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

12/11/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

12/12/2025

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

asdfasd
654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont
Endereço: 654654

asdf
sulfato de morfina 10 mg (comprimido) 60
asdfasdf

12/12/2025

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

654654, 654654
(65) 4654.654 654654
56464-654 654654