



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* 4545646 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante adsfasd

3- Nome completo do Paciente* asdfs 5-Peso do paciente* 654 kg

4- Nome da Mãe do Paciente* 654 6-Altura do paciente* 654 cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	clobazam 20 mg (comprimido)	65	65	65	65	65	65
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10* G40.3 10- Diagnóstico Epilepsia e Síndromes Epilépticas Generalizadas Idiopáticas

11- Anamnese* 15665

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 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*
☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:
☐ Parda ☐ Sem informação
20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente
☐ CPF ou ☐ CNS
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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

15/07/2025

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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

15/07/2025

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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

14/08/2025

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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

14/08/2025

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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

13/09/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

13/09/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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: asdfs

Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

13/10/2025

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: asdfs

Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

13/10/2025

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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

12/11/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

12/11/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

12/12/2025

Identificação do Comprador			Identificação do Fornecedor		
Nome:		Órgão Emissor:			
Identidade:					
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: asdfs
Endereço: 654

55645
clobazam 20 mg (comprimido) 65
654654

12/12/2025

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

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