



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					
645		546					
3- Nome completo do Paciente*		5-Peso do paciente*				6-Altura do paciente*	
asdfsad		654 kg				654 cm	
4- Nome da Mãe do Paciente*							
654							
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	gabapentina 300 mg (cápsula)	20	20	20	20	20	20
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G40.8		Outras Epilepsias					
11- Anamnese*							
asdf							
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 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							
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*				16- Data da solicitação*			
980016293604585				16/07/2025			
17- Assinatura e carimbo do médico*							
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input checked="" 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*							
<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							
20- Telefone(s) para contato do paciente							
21- Número do documento do paciente							
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS							
22- Correio eletrônico do paciente							
23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*							

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula)
asdf 20

16/07/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula)
asdf 20

16/07/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula)
asdf 20

15/08/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula)
asdf 20

15/08/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula) 20
asdf

14/09/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula) 20
asdf

14/09/2025

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

654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula)
asdf 20

14/10/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula)
asdf 20

14/10/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula)
asdf 20

13/11/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula)
asdf 20

13/11/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula) 20
asdf

13/12/2025

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

546
654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd
Endereço: 654

asdf
gabapentina 300 mg (cápsula) 20
asdf

13/12/2025

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

654654, 6564
(65) 4654.654 65465
65456-465 654654