



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* 6832548		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Dr. Oline					
3- Nome completo do Paciente* Usuário que deve ser isolado					5-Peso do paciente* 654 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* 4654					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	gabapentina 300 mg (cápsula)	64564	64564	64564	64564	64564	64564
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10* G40.0		10- Diagnóstico Epilepsia e Síndromes Epilépticas Idiopáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises de Início Focal					
11- Anamnese* 64654							
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							
17- Assinatura e carimbo do médico*							
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 197846546546546				16- Data da solicitação* 17/07/2025			
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:** Usuário que deve ser isolado

**Endereço:** 645

654564

gabapentina 300 mg (cápsula)

46546

64564

17/07/2025

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

Dr. Oline

Rua Sena Madureira, 300

(11) 5484.548      São Paulo

06403-300      Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado

**Endereço:** 645

654564

gabapentina 300 mg (cápsula)

46546

64564

17/07/2025

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

Dr. Oline

Rua Sena Madureira, 300

(11) 5484.548      São Paulo

06403-300      Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado  
**Endereço:** 645

654564  
gabapentina 300 mg (cápsula)  
46546  
64564

16/08/2025

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

Dr. Oline  
Rua Sena Madureira, 300  
(11) 5484.548  
06403-300

São Paulo  
Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado  
**Endereço:** 645

654564  
gabapentina 300 mg (cápsula)  
46546  
64564

16/08/2025

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

Dr. Oline  
Rua Sena Madureira, 300  
(11) 5484.548  
06403-300

São Paulo  
Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado  
**Endereço:** 645

654564  
gabapentina 300 mg (cápsula)  
46546 64564

15/09/2025

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

Dr. Oline  
Rua Sena Madureira, 300  
(11) 5484.548 São Paulo  
06403-300 Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado  
**Endereço:** 645

654564  
gabapentina 300 mg (cápsula)  
46546 64564

15/09/2025

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

Rua Sena Madureira, 300  
(11) 5484.548 São Paulo  
06403-300 Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado

**Endereço:** 645

654564

gabapentina 300 mg (cápsula)

46546

64564

15/10/2025

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

Dr. Oline

Rua Sena Madureira, 300

(11) 5484.548

São Paulo

06403-300

Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado

**Endereço:** 645

654564

gabapentina 300 mg (cápsula)

46546

64564

15/10/2025

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

Dr. Oline

Rua Sena Madureira, 300

(11) 5484.548

São Paulo

06403-300

Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado  
**Endereço:** 645

654564  
gabapentina 300 mg (cápsula)  
46546  
64564

14/11/2025

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

Dr. Oline  
Rua Sena Madureira, 300  
(11) 5484.548 São Paulo  
06403-300 Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado  
**Endereço:** 645

654564  
gabapentina 300 mg (cápsula)  
46546  
64564

14/11/2025

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

Dr. Oline  
Rua Sena Madureira, 300  
(11) 5484.548 São Paulo  
06403-300 Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado  
**Endereço:** 645

654564  
gabapentina 300 mg (cápsula)  
46546  
64564

14/12/2025

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

Dr. Oline  
Rua Sena Madureira, 300  
(11) 5484.548 São Paulo  
06403-300 Vila Mariana

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

**Nome:** Usuário que deve ser isolado  
**Endereço:** 645

654564  
gabapentina 300 mg (cápsula)  
46546  
64564

14/12/2025

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

Rua Sena Madureira, 300  
(11) 5484.548 São Paulo  
06403-300 Vila Mariana