



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*	
asdf		654 kg				654 cm	
4- Nome da Mãe do Paciente*		8- Quantidade solicitada*					
654							
7- Medicamento(s)*		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	clobazam 20 mg (comprimido)	30	30	30	30	30	30
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G40.1		Epilepsia e Síndromes Epilépticas Sintomáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises Parciais Simples					
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*		17- Assinatura e carimbo do médico*					
Lucas Amorim Vieira de Barros							
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*		16- Data da solicitação*					
980016293604585		17/07/2025					

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: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

17/07/2025

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

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

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

17/07/2025

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

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

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

16/08/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

16/08/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

15/09/2025

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 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

15/09/2025

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
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: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

15/10/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

15/10/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

14/11/2025

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: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

14/11/2025

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: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

14/12/2025

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 65465
65456-465 654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf
Endereço: 645

asdf
clobazam 20 mg (comprimido) 30
asdf

14/12/2025

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

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