



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 Sta. Lúcia					
3- Nome completo do Paciente* Santos Dumont					5-Peso do paciente* 654 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* 654654					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)	12	12	12	12	12	12
2	clobazam 20 mg (comprimido)						
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* 23423							
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* 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* <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 _____		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: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

17/07/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

17/07/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

16/08/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

16/08/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

15/09/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

15/09/2025

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  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

15/10/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

15/10/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

14/11/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

14/11/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

14/12/2025

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

Sta. Lúcia  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56465-456 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Santos Dumont  
Endereço: 654654

sd  
clobazam 20 mg (comprimido) 12  
asdf  
clobazam 20 mg (comprimido)

14/12/2025

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  
56465-456 654654