



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*	
asdfasd		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	clobazam 20 mg (comprimido)	50500	50500	50500	50500	50500	50500
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G40.0		Epilepsia e Síndromes Epilépticas Idiopáticas Definidas Por Sua Localização (focal) (parcial) Com Crises de Início Focal					
11- Anamnese*							
asdf							
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*							
<input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar:		asdfasd					
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		16/07/2025					
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input checked="" type="checkbox"/> Médico solicitante							
<input type="checkbox"/> Outro, informar nome: e CPF							
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*		20- Telefone(s) para contato do paciente					
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> CNS							
333.774.158-40							
22- Correio eletrônico do paciente							

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasdf 50500

16/07/2025

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: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasdf 50500

16/07/2025

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  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

15/08/2025

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: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

15/08/2025

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: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

14/09/2025

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: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

14/09/2025

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: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

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 65465  
65456-465 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

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 65465  
65456-465 654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

13/11/2025

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: asdfasd  
Endereço: 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

13/11/2025

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**  
*1ª Via – Retenção da Farmácia*

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

13/12/2025

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:** asdfasd  
**Endereço:** 654

fsdsdf  
clobazam 20 mg (comprimido)  
asdfasd 50500

13/12/2025

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

654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654