



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 adsfasd					
3- Nome completo do Paciente* Roberval de Almeida Anônimo Silva Castro					5-Peso do paciente* 654 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* 456					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		645	645	645	645	645	645
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10* G40.3		10- Diagnóstico Epilepsia e Síndromes Epiléticas Generalizadas Idiopáticas					
11- Anamnese* 645							
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* 980016293604585				16- Data da solicitação* 15/07/2025			
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					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:** Roberval de Almeida Antônio Silva Castro

**Endereço:** 654

654

645

564

15/07/2025

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

adstasd

654654, 654654

(65) 4654.654      654654

56464-654      654654

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

**Nome:** Roberval de Almeida Antônio Silva Castro

**Endereço:** 654

654

645

564

15/07/2025

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

adstasd

654654, 654654

(65) 4654.654      654654

56464-654      654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Roberval de Almeida Antônio Silva Castro  
Endereço: 654

654  
564 645

14/08/2025

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

adstasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Roberval de Almeida Antônio Silva Castro  
Endereço: 654

654  
564 645

14/08/2025

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

adstasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Roberval de Almeida Antônio Silva Castro  
Endereço: 654

654  
564 645

13/09/2025

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

adstasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Roberval de Almeida Antônio Silva Castro  
Endereço: 654

654  
564 645

13/09/2025

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  
56464-654 654654

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

**Nome:** Roberval de Almeida Antônio Silva Castro

**Endereço:** 654

654 645

564

13/10/2025

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

adstasd

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56464-654 654654

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

**Nome:** Roberval de Almeida Antônio Silva Castro

**Endereço:** 654

654 645

564

13/10/2025

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

adstasd

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56464-654 654654

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

**Nome:** Roberval de Almeida Antônio Silva Castro  
**Endereço:** 654

654  
  
564

645

12/11/2025

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

adstasd

654654, 654654

(65) 4654.654      654654

56464-654      654654

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

**Nome:** Roberval de Almeida Antônio Silva Castro  
**Endereço:** 654

654  
  
564

645

12/11/2025

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

adstasd

654654, 654654

(65) 4654.654      654654

56464-654      654654

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

**Nome:** Roberval de Almeida Antônio Silva Castro  
**Endereço:** 654

654  
  
564

645

12/12/2025

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

adstasd  
654654, 654654  
(65) 4654.654 654654  
56464-654 654654

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

**Nome:** Roberval de Almeida Antônio Silva Castro  
**Endereço:** 654

654  
  
564

645

12/12/2025

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  
56464-654 654654