



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\* Lucas Amorim Vieira de Barros 5-Peso do paciente\* 654 kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* Marlene 6-Altura do paciente\* 150 cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	levetiracetam 750 mg (comprimido)	30	30	30	30	30	30
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\* G40.3 10- Diagnóstico Epilepsia e Síndromes Epilépticas Generalizadas Idiopáticas

11- Anamnese\* sdfasdf

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\* ☒ NÃO ☐ 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?  
☒ NÃO ☐ 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\* 13/07/2025

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\*  
☐ Branca ☐ Amarela  
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:  
☐ Parda ☐ Sem informação  
20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente  
☐ CPF ou ☐ 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:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

13/07/2025

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:	Órgão Emissor: UF:  <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:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

13/07/2025

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:	Órgão Emissor: UF:  <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:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

12/08/2025

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:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

12/08/2025

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**  
*1ª Via – Retenção da Farmácia*

**Nome:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

11/09/2025

<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:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

11/09/2025

<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

06403-300

São Paulo

Vila Mariana

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

**Nome:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

11/10/2025

<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

06403-300

São Paulo

Vila Mariana

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

**Nome:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

11/10/2025

<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

06403-300

São Paulo

Vila Mariana

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

**Nome:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

10/11/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor
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:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

10/11/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor
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:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

10/12/2025

<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

06403-300

São Paulo

Vila Mariana

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

**Nome:** Lucas Amorim Vieira de Barros

**Endereço:** 6451

asdfasdf  
levetiracetam 750 mg (comprimido) 30  
asdfasdf

10/12/2025

<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

06403-300

São Paulo

Vila Mariana