



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\* 645 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 546

3- Nome completo do Paciente\* asdf 5-Peso do paciente\* 654 kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* 654 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	levetiracetam 100 mg/ml (solução oral)	30	30	30	30	30	30
2							
3							
4							
5							
6							

9- CID-10\* G40.4 10- Diagnóstico Outras Epilepsias e Síndromes Epilépticas Generalizadas

11- Anamnese\* asdf

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\* 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\*  
☐ 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: asdf  
Endereço: 645

asdf  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

17/07/2025

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  
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf  
Endereço: 645

asdf  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

17/07/2025

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  
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdf  
Endereço: 645

asdf  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

16/08/2025

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  
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdf  
Endereço: 645

asdf  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

16/08/2025

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  
65456-465

65465

654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdf  
Endereço: 645

asdf  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

15/09/2025

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:	Órgão Emissor: UF:  <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  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

15/09/2025

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

654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654

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

**Nome:** asdf  
**Endereço:** 645

asdf  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

15/10/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		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  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

15/10/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		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  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

14/11/2025

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:	Órgão Emissor: UF:  <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  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

14/11/2025

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:	Órgão Emissor: UF:  <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  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

14/12/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:		Órgão Emissor:	
Identidade:		Cidade:	UF:
Endereço:		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  
levetiracetam 100 mg/ml (solução oral) 30  
asdf

14/12/2025

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

654654, 6564  
(65) 4654.654  
65456-465

65465

654654