



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*	
asdfsad		654 kg				654 cm	
4- Nome da Mãe do Paciente*		7- Medicamento(s)*					
654		8- Quantidade solicitada*					
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
1	clobazam 20 mg (comprimido)	60	60	60	60	60	60
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G40.6		Crise de Grande Mal, Não Especificada (com ou Sem Pequeno Mal)					
11- Anamnese*							
asdf							
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*							
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*		20- Telefone(s) para contato do paciente	
<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		
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
<input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS			
22- Correio eletrônico do paciente			

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd  
Endereço: 654

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
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 65465  
65456-465 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd  
Endereço: 654

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
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 65465  
65456-465 654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd  
Endereço: 654

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
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 65465  
65456-465 654654

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd  
Endereço: 654

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
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 65465  
65456-465 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
asdf

15/09/2025

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

546  
654654, 6564  
(65) 4654.654 65465  
65456-465 654654

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

**Nome:** asdfasd  
**Endereço:** 654

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
asdf

15/09/2025

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

654654, 6564  
(65) 4654.654 65465  
65456-465 654654

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: asdfasd  
Endereço: 654

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
asdf

15/10/2025

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

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
asdf

15/10/2025

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

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
asdf

14/11/2025

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

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
asdf

14/11/2025

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

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
asdf

14/12/2025

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

asdf  
clobazam 20 mg (comprimido) 60  
asdf

14/12/2025

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