



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							
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

15/07/2025

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

15/07/2025

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

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

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

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

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

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

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

12/11/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654
56464-654

654654
654654

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Roberval de Almeida Antônio Silva Castro
Endereço: 654

12/11/2025

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

adstasd
654654, 654654
(65) 4654.654
56464-654

654654
654654

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Roberval de Almeida Antônio Silva Castro
Endereço: 654

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

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