



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		30	30	30	30	30	30
2							
3							
4							
5							
6							
9- CID-10*		10- Diagnóstico					
G40.4		Outras Epilepsias e Síndromes Epilépticas Generalizadas					
11- Anamnese*							
adf							
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

sadf

6565

30

17/07/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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

sadf

6565

30

17/07/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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

sadf

6565

30

16/08/2025

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

sadf

6565

30

16/08/2025

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

sadf

6565

30

15/09/2025

Identificação do Comprador			Identificação do Fornecedor		
Nome:		Órgão Emissor:			
Identidade:					
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

sadf

6565

30

15/09/2025

Identificação do Comprador			Identificação do Fornecedor		
Nome:		Órgão Emissor:			
Identidade:					
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

sadf

6565

30

15/10/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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

sadf

6565

30

15/10/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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

sadf

6565

30

14/11/2025

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

sadf

6565

30

14/11/2025

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

sadf

6565

30

14/12/2025

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
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

sadf

6565

30

14/12/2025

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

654654, 6564

(65) 4654.654

65465

65456-465

654654