



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									
1	2	3	4	5	6	7	Establishment Solicit Name									

3- Nome completo do Paciente*															5- Peso do paciente*				
Patient Name															1 4 2 kg				
4- Nome da Mãe do Paciente*															6- Altura do paciente*				
Patient Mother Name															1 8 0 cm				

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	nome do Medicamneto	20 comp	15 comp	5 comp
2	nome do Medicamneto	20 comp	15 comp	5 comp
3				
4				
5				

9- CID-10*				10- Diagnóstico									
A	1	2	3	Diagnostic									

11- Anamnese*														
Anamnese														

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*														
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: Previout Theatment														
<input type="checkbox"/> NÃO														

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*										15- Data da solicitação*					17- Assinatura e carimbo do médico*									
Professional Solicitor Name										21 / 11 / 2022														
16- Número do documento do médico solicitante*																								
<input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 2 8 4 4 5 4 0 0 0 7 0																								

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input checked="" type="checkbox"/> Médico solicitante														
<input type="checkbox"/> 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															1 2 - 5 4 8 7 5 6 5 2									
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia:															4 5 - 7 8 4 5 6 5 9 8									
<input type="checkbox"/> Parda <input checked="" type="checkbox"/> Sem informação																								
21- Número do documento do paciente															23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*									
<input type="checkbox"/> CPF ou <input checked="" type="checkbox"/> CNS 9 2 8 9 7 6 9 5 4 9 3 0 0 0 7																								
22- Correio eletrônico do paciente																								

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO