

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

| | SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S) | | | |
|-----|---|---------------------|--------------------|----------------|
| | CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO S | OLICITANTE | | |
| | 1-Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante 6823421 Clínica Santa Maria Mãe Eva | ngélica d | de Deus | |
| tΕ | 3- Nome completo do Paciente* STE DE PACIENTE EXISTENTE | | 8 | |
| 80 | 4- Nome da Mãe do Paciente* O- | | 6-Altura do | o paciente* |
| | 7- Medicamento(s)* | 8- Qua | ntidade solic | itada* |
| 1 | 980 | 8 | 8 | 8 |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| (| G40 098 | | · | |
| (08 | 11- Anamnese* | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 1 _ | 12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?* | | | |
| | SIM. Relatar: | | | |
| | ₫ NÃO | | | |
| pa | 13- Atestado de capacidade* A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a aciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é consider | - | e da presença fí | sica do |
| | NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual | | | |
| | poderá realizar a solicitação do medicamento N | ome do respons | sável | J |
| ٠. | 14 Nome do médico solicitante* | 17- Assinatura | a e carimbo do | médico* |
| _ | air Messias Bolsonaro 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* — (16- Data da solicitação*) | | | |
| | 980016293604585 30/10/1986 | | | |
| _ | CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ⊠Paciente ☐Mãe do paciente ☐Responsáv☐Outro, informar nome:e CPF | el (descrito no ite | m 13) Médio | co solicitante |
| | —— 19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* ———————————————————————————————————— | Telefone(s) par | ra contato do pa | aciente — |
| | Preta Indígena. Informar Etnia: | | | $\overline{}$ |
| | Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente | Assinatura do resp | oonsável pelo pred | enchimento* |
| | CPF ou CNS | | 1. 1. F310 P100 | |
| | 22- Correio eletrônico do paciente | | | J |

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098

098 980

 ∞

980 098

 ∞

98

Endereço: 8

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

30/10/1986

| Identificação do Comprador Nome: Identidade: Órgão Emissor: Endereço: Cidade: UF: | Assinatura do Farmacêutico | | Telefone: |
|---|-----------------------------|------------------------|---------------|
| Identificação do Comprador e: Órgão Emissor: | | UF: | Cidade: |
| Identificação do Comprador | | Órgão Emissor: | Identidade: |
| | ldentificação do Fornecedor | tificação do Comprador | Nome: Iden |

Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

Granja do bambu

067087456

| | efone: | lade: | ntidade: | |
|---|----------------------------|--------|----------------|-----------------------------|
| | | UF: | Órgão Emissor: | ldentificação do Comprador |
| | Assinatura do Farmacêutico | | | Identificação do Fornecedor |
| | | | | |
| 2 | Telefo | Cidade | Identi | 2 |

30/10/1986

| Telefone: | Endereço: Cidade: | Nome: Identidade: | , |
|----------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| | UF: | Órgão Emissor: | ldentificação do Comprador |
| Assinatura do Farmacêutico | | | Identificação do Fornecedor |

Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

067087456 Granja do bambu

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

980 098

098

 ∞

29/11/1986

| Assinatura do Farmacêutico | | Telefone: |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------|
| | UF: | Endereço: Cidade: |
| | Órgão Emissor: | Identidade: |
| Identificação do Fornecedor | ldentificação do Comprador | Nome: Ideni |

Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

067087456 555474564 Cotia

Granja do bambu

098 980 98 Endereço: 8 Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE 2ª Via – Orientação do paciente

 ∞

29/11/1986

| Telefone: | Endereço: Cidade: | Nome: Identidade: | |
|----------------------------|----------------------|----------------------|-----------------------------|
| | UF: | Órgão Emissor: | Identificação do Comprador |
| Assinatura do Farmacêutico | | | Identificação do Fornecedor |

Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

067087456 Granja do bambu

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098

098 980

 ∞

98

Endereço: 8

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

 ∞

980 098

29/12/1986

| Assinatura do Farmacêutico | | Telefone: |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------|
| | UF: | Endereço: Cidade: |
| | Órgão Emissor: | Identidade: |
| Identificação do Fornecedor | ldentificação do Comprador | Nome: Ideni |

Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

Granja do bambu

067087456

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

067087456 Granja do bambu

29/12/1986

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone: Identificação do Comprador Órgão Emissor: Ç. Assinatura do Farmacêutico Identificação do Fornecedor