

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* **6823421** 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante **Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus**

3- Nome completo do Paciente* **TESTE DE PACIENTE EXISTENTE** 5-Peso do paciente* **8** kg

4- Nome da Mãe do Paciente* **80-** 6-Altura do paciente* **0** cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	980	8	8	8
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* **G40** 10- Diagnóstico **098**

11- Anamnese* **080-**

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
☐ SIM. Relatar:
☒ 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?
☒ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento
 Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* **Jair Messias Bolsonaro** 17- Assinatura e carimbo do médico*
 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* **980016293604585** 16- Data da solicitação* **30/10/1986**

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*
☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente
 21- Número do documento do paciente
☐ CPF ou ☐ CNS
 22- Correio eletrônico do paciente
 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: TESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098
980
098

8

30/10/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

067087456 Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: TESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098
980
098

8

30/10/1986

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

Clinica 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

Nome: TESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098
980
098

8

29/11/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

067087456 Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: TESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098
980
098

8

29/11/1986

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

Clinica 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

Nome: TESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098
980
098

8

29/12/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangelica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

067087456 Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: TESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098
980
098

8

29/12/1986

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

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

067087456 Granja do bambu