

**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* <b>6823963</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>Satanista Assistência Médica</b>			
3- Nome completo do Paciente* <b>654564</b>		5- Peso do paciente* <b>54</b> kg			
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>5646</b>		6- Altura do paciente* <b>654</b> cm			
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*			
		1º mês	2º mês	3º mês	
		1	654	564	564
		2			
		3			
		4			
9- CID-10* <b>564</b>		10- Diagnóstico <b>654</b>			
11- Anamnese* <b>564</b>					
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*					
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <input checked="" 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 _____ <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>					
14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas Amorim Vieira de Barros</b>		17- Assinatura e carimbo do médico*			
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>980016293604585</b>		16- Data da solicitação* <b>10/10/2019</b>			

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 _____		

**Receita de Controle Especial**  
*1ª Via – Retenção da Farmácia*

**Nome:** 654564  
**Endereço:** 654

564  
654  
564  
564

564

10/10/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 202  
555511254  
06706848

São Bernardo do Campo  
Jd. Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
*2ª Via – Orientação do paciente*

**Nome:** 654564  
**Endereço:** 654

564  
654  
564  
564

564

10/10/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 202  
555511254  
06706848

São Bernardo do Campo  
Jd. Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
*1ª Via – Retenção da Farmácia*

**Nome:** 654564  
**Endereço:** 654

564  
654  
564  
564

564

09/11/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 202  
555511254  
06706848

São Bernardo do Campo  
Jd. Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
*2ª Via – Orientação do paciente*

**Nome:** 654564  
**Endereço:** 654

564  
654  
564  
564

564

09/11/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 202  
555511254  
06706848

São Bernardo do Campo  
Jd. Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
*1ª Via – Retenção da Farmácia*

**Nome:** 654564  
**Endereço:** 654

564  
654  
564

564

09/12/2019

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 202  
555511254  
06706848

São Bernardo do Campo  
Jd. Três Marias

**Receita de Controle Especial**  
*2ª Via – Orientação do paciente*

**Nome:** 654564  
**Endereço:** 654

564  
654  
564

564

09/12/2019

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

Rua João de Azevedo Marques, 202  
555511254  
06706848

São Bernardo do Campo  
Jd. Três Marias