

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

		SOLICITAÇÃO DE	MEDICAMENT	O(S)		
	CAMPOS	DE PREENCHIMENTO EXCLU	JSIVO PELO MÉD	DICO SOLICITANTE		
1-	Número do CNES* ————— 6823963	2- Nome do estabelecin				
56		-			46	
65	Nome da Mãe do Paciente* —				6-Altura de	paciente* 4
		7- Medicamento(s)*		8- Qua 1º mês	ntidade solic 2º mês	itada* 3º mês
1	564			564	564	564
2						
3						
4						
5	CID-10* — 10- Diagnóstico					
	561 561					
56 ¹	1- Anamnese*					
1:	2- Paciente realizou tratamento pré	vio ou está em tratamento da doenç	a?* —			=
	SIM. Relatar:					
	NÃO					
pac		13- Atestado de everá ser realizada pelo paciente. E do com os artigos 3º e 4º do Código	ntretanto, fica disper		da presença fí	sica do
		o responsável pelo paciente, o qual solicitação do medicamento				
	podora rodinzar a			Nome do respons		
	4 Nome do médico solicitante* Cas Amorim Vieira	de Barros		17- Assinatura	a e carimbo do	médico*
	Número do Cartão Nacional de Saúde 9800162936	e (CNS) do médico solicitante*	16- Data da solicitação* 30/10/2019			
	AMPOS ABAIXO PREENCHI Dutro, informar nome:	DOS POR*: ☑Paciente ☐Mãe	do paciente Res		m 13) Médio	co solicitante
		nado pelo paciente ou responsável*			a contato do pa	iciente —
	Branca ☐ Amarela Preta ☐ Indígena. Informar I	Etnia:				\longrightarrow
	Parda Sem informação					
l I	l- Número do documento do pacie CPF ou	nte —		23- Assinatura do resp	oonsável pelo pre	enchimento*
	2- Correio eletrônico do paciente					

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564

Endereço: 4

564

564 654

564

564

Endereço: 4 **Nome:** 564

564 654

564

30/10/2019

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 202

555511254 São Bernardo do Campo

06706848 Jd. Três Marias

Satanista Assistência Médica

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:

Identificação do Comprador

Identificação do Fornecedor

30/10/2019

Órgão Emissor:

Ç.

Assinatura do Farmacêutico

555511254 Rua João de Azevedo Marques, 202 São Bernardo do Campo

Jd. Três Marias

06706848

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564

Endereço: 4

564 654 564

564

Endereço: 4 **Nome:** 564

564 564 654

564

29/11/2019

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
	3 5	Nome:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	lden

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 202

555511254 São Bernardo do Campo

06706848 Jd. Três Marias

Satanista Assistência Médica

555511254 Rua João de Azevedo Marques, 202 São Bernardo do Campo

06706848

Jd. Três Marias

29/11/2019

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

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564

Endereço: 4

564 654 564

564

564

Endereço: 4

Nome: 564

564 654

564

29/12/2019

ldentificação do Comprador Nome: Identidade: Órgão Emissor: Endereço: Cidade: UF:	Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
ldentificação do Comprador e: Órgão Emissor:		UF:	Endereço: Cidade:
Identificação do Comprador		Órgão Emissor:	Identidade:
	Identificação do Fornecedor	ificação do Comprador	

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 202

555511254 São Bernardo do Campo

06706848

Jd. Três Marias

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone: Identificação do Comprador Órgão Emissor:

Ç. Assinatura do Farmacêutico Identificação do Fornecedor

29/12/2019

Rua João de Azevedo Marques, 202

555511254 São Bernardo do Campo

Jd. Três Marias

06706848