

## 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>564</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>654</b>		
3- Nome completo do Paciente* <b>HJKLFASDJLKASDJFL;KASDFJ</b>			5- Peso do paciente* <b>70</b> kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>HKJHASDFKJDFHK</b>			6- Altura do paciente* <b>180</b> cm	
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
		<b>J</b>	<b>L;KJ</b>	<b>L;KJ</b>
9- CID-10* <b>J</b>		10- Diagnóstico <b>KL;J</b>		
11- Anamnese* <b>KL;</b>				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar: <b>JL;K</b> <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 type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento <b>O;LASJDFLKJ</b> <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>30/10/2019</b>		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input 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 <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 <b>3337741504984K</b>				
22- Correio eletrônico do paciente				

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

**Nome:** HJKLFASDJKASDJFL;KASDFJ  
**Endereço:**

JKL; J  
L;KJ

30/10/2019

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

654  
65465  
654 4  
654 564

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

**Nome:** HJKLFASDJKASDJFL;KASDFJ  
**Endereço:**

JKL; J  
L;KJ

30/10/2019

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

654  
65465  
654 4  
654 564

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

**Nome:** HJKLFASDJKASDJFL;KASDFJ  
**Endereço:**

JKL; L;KJ

29/11/2019

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

654  
65465  
654  
654

4

564

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

**Nome:** HJKLFASDJKASDJFL;KASDFJ  
**Endereço:**

JKL; L;KJ

29/11/2019

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

654  
65465  
654  
654

4

564

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

**Nome:** HJKLFASDJKASDJFL;KASDFJ  
**Endereço:**  
  
JKL; L;KJ

29/12/2019

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

654  
65465  
654 4  
654 564

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

**Nome:** HJKLFASDJKASDJFL;KASDFJ  
**Endereço:**  
  
JKL; L;KJ

29/12/2019

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

65465  
654 4  
654 564