



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

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* 682548		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Tabajaris Club Hotel		
3- Nome completo do Paciente* 231		5- Peso do paciente* 32 kg		6- Altura do paciente* 231 cm
4- Nome da Mãe do Paciente* 321				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	231	23	132	132
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* 321		10- Diagnóstico 231		
11- Anamnese* 231				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: 2313				
<input 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 132				
Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante* Lucas Amorim Vieira de Barros		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 30/10/2019		

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 <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 78412asdf389456		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente		

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 231
Endereço:

231 23
13

30/10/2019

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

Clinica Tabajaris Club Hotel
Rua das Gazelas, 130
55557458 Cotia
06408874 Santa Margarita

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 231
Endereço:

231 23
13

30/10/2019

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

Clinica Tabajaris Club Hotel
Rua das Gazelas, 130
55557458 Cotia
06408874 Santa Margarita

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 231
Endereço:

231 132

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

Clinica Tabajaris Club Hotel
Rua das Gazelas, 130
55557458 Cotia
06408874 Santa Margaria

29/11/2019

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 231
Endereço:

231 132

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

Clinica Tabajaris Club Hotel
Rua das Gazelas, 130
55557458 Cotia
06408874 Santa Margaria

29/11/2019

