



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* 23423		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante KJLKÇ		
3- Nome completo do Paciente* 09		5-Peso do paciente* 9 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* 09		6-Altura do paciente* 9 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	09sdfa	09	adf	adf
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* P1		10- Diagnóstico 09		
11- Anamnese* 09				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: 34234				
<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				
234234 Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante* Antonio Matias		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 234234		16- Data da solicitação* 20/10/2019		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input checked="" 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 checked="" 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		234234 23423		
21- Número do documento do paciente <input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS -0850423985092		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		
22- Correio eletrônico do paciente 23423@DSG.COM				

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

09

09

20/10/2019

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

09

09

20/10/2019

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

asdf

adf

19/11/2019

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

asdf

adf

19/11/2019

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

KULKÇ

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

asdf

adf

19/12/2019

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

KJLKÇ

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 09

Endereço: 09

sdfsdf09

09sdfa

asdf

adf

19/12/2019

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

JLKJ, 234

234

JL

234

KJ