

**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\* **123** 2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante **123**

3- Nome completo do Paciente\* **456456** 5-Peso do paciente\* **456456** kg

4- Nome da Mãe do Paciente\* **456456** 6-Altura do paciente\* **456456** cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	231	564	1654	5641
2				
3				
4				
5				

9- CID-10\* **123** 10- Diagnóstico **4896**

11- Anamnese\* **564**

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\* **456**  
☒ SIM. Relatar:  
☐ 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?  
☐ NÃO ☒ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento **456123**  
 Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\* **Lucas** 17- Assinatura e carimbo do médico\*  
 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\* **234234234** 16- Data da solicitação\* **2020-12-25**

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\*  
☐ Branca ☐ Amarela  
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: \_\_\_\_\_  
☐ Parda ☐ Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente \_\_\_\_\_  
 21- Número do documento do paciente **124545654987564**  
☐ CPF ou ☐ CNS

22- Correio eletrônico do paciente \_\_\_\_\_ 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\* \_\_\_\_\_

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

**Nome:** 456456

**Endereço:**

231 564  
16

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

2020-12-25

123

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

**Nome:** 456456

**Endereço:**

231 564  
16

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

2020-12-25

123

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

**Nome:** 456456  
**Endereço:**  
  
231  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
1654

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

123

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

**Nome:** 456456  
**Endereço:**  
  
231  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
1654

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

123

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

**Nome:** 456456

**Endereço:**

231 5641

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

123

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

**Nome:** 456456

**Endereço:**

231 5641

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

123