



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* asdfasd		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante lkj		
3- Nome completo do Paciente* PACIENTE DO ABDEVAL FRANCELINO DE ALENCAR CASEIRO DO PALLOCI		5- Peso do paciente* 23 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* lk		6- Altura do paciente* 23 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	908	987	987	987
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* 7098		10- Diagnóstico 7		
11- Anamnese* 0987				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input type="checkbox"/> SIM. Relatar:				
<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 checked="" type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento				
Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante* Rodolfo Carlos		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 9298328928923		16- Data da solicitação* 30/10/1986		

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

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: PACIENTE DO ABDERVAL FRANCELINO DE ALENCAR CASEIRO DO PALLOCI
Endereço: j

879
908
087
987

30/10/1986

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

lkj
lkj, lqk
çlkj
lkj
lkj
lkj

jlç
kj

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: PACIENTE DO ABDERVAL FRANCELINO DE ALENCAR CASEIRO DO PALLOCI
Endereço: j

879
908
087
987

30/10/1986

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

lkj
lkj, lqk
çlkj
lkj
lkj
lkj

jlç
kj

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: PACIENTE DO ABDERVAL FRANCELINO DE ALENCAR CASEIRO DO PALLOCI
Endereço: j

879
908
087
987

29/11/1986

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

lkj
lkj, lqk
çlkj
lkj
lkj
lkj

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: PACIENTE DO ABDERVAL FRANCELINO DE ALENCAR CASEIRO DO PALLOCI
Endereço: j

879
908
087
987

29/11/1986

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

lkj
lkj, lqk
çlkj
lkj
lkj
lkj

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: PACIENTE DO ABDERVAL FRANCELINO DE ALENCAR CASEIRO DO PALLOCI
Endereço: j

879
908
087
987

29/12/1986

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

lkj
lkj, lqk
çlkj
lqkj

jlç
kj

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: PACIENTE DO ABDERVAL FRANCELINO DE ALENCAR CASEIRO DO PALLOCI
Endereço: j

879
908
087
987

29/12/1986

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

lkj, lqk
çlkj
lqkj

jlç
kj