

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* 0938420		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante CLÍNICA DAS ÁGUAS HELENÍSSIMAS				
3- Nome completo do Paciente* 809-8		5- Peso do paciente* 8 kg				
4- Nome da Mãe do Paciente* 08		6- Altura do paciente* 8 cm				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	234234	324	324	324
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* 8		10- Diagnóstico 8				
11- Anamnese* fdsdsfda						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: 234234 <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: sdsadfsadfd <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* Jair Messias Bolsonaro		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"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input checked="" type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____ <input type="checkbox"/> Sem informação	234234 234234		
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
<input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 234234234098			
22- Correio eletrônico do paciente 234234@GMAIL.COM			

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 809-8

Endereço: 88-

234234
234234
234234

324

30/10/2019

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

CLÍNICA DAS ÁGUAS HELENÍSSIMAS

0283U4098U, 8

098 -8
8 -8

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 809-8

Endereço: 88-

234234
234234
234234

324

30/10/2019

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

CLÍNICA DAS ÁGUAS HELENÍSSIMAS

0283U4098U, 8

098 -8
8 -8

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 809-8
Endereço: 88-

234234
234234
234234
324

29/11/2019

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

clÍNICA DAS ÁGUAS HELENÍSSIMAS
0283U4098U, 8
098
8
-8
8-

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 809-8
Endereço: 88-

234234
234234
234234
324

29/11/2019

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

clÍNICA DAS ÁGUAS HELENÍSSIMAS
0283U4098U, 8
098
8
-8
8-

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 809-8

Endereço: 88-

234234
234234
234234

324

29/12/2019

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

CLÍNICA DAS ÁGUAS HELENÍSSIMAS

0283U4098U, 8

098 -8
8 -8

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 809-8

Endereço: 88-

234234
234234
234234

324

29/12/2019

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

0283U4098U, 8

098 -8
8 -8