

## 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* <b>6666666</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>Satanista Assistência Médica</b>		
3- Nome completo do Paciente* <b>465</b>		5- Peso do paciente* <b>64</b> kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>5645</b>		6- Altura do paciente* <b>4</b> cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	65	465	465	4
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* <b>5645</b>		10- Diagnóstico <b>64</b>		
11- Anamnese* <b>654</b>				
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 _____ <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>				
14- Nome do médico solicitante* <b>Jai</b>		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>980016547896545</b>		16- Data da solicitação* <b>10/10/2020</b>		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input 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 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 <b>56456</b>				
22- Correio eletrônico do paciente				

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**

65 465  
564

10/10/2020

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**

65 465  
564

10/10/2020

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**  
  
65 465

09/11/2020

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**  
  
65 465

09/11/2020

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**  
  
65 4

09/12/2020

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

Satanista Assistência Médica  
Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias

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

**Nome:** 465  
**Endereço:**  
  
65 4

09/12/2020

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

Rua João de Azevedo Marques, 333  
6666 6666 Cotia  
06706135 Jd. Três Marias