

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

3- Nome completo do Paciente\*  54 5- Peso do paciente\*  56 kg

4- Nome da Mãe do Paciente\*  64 6- Altura do paciente\*  5645 cm

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	54	564	654	654
2				
3				
4				
5				

9- CID-10\*  56 10- Diagnóstico  456

11- Anamnese\*  46

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*  46  
☒ 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  4  
 Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*  Lucas Amorim Vieira de Barros 17- Assinatura e carimbo do médico\*   
 15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*  980016293604585 16- Data da solicitação\*  20/10/2019

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\* ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia:  ☐ Parda ☐ Sem informação 20- Telefone(s) para contato do paciente

21- Número do documento do paciente  6546 ☐ CPF ou ☐ CNS 23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*   
 22- Correio eletrônico do paciente

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

**Nome:** 54  
**Endereço:**

54  
65  
564

20/10/2019

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

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

**Nome:** 54  
**Endereço:**

54  
65  
564

20/10/2019

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

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

**Nome:** 54  
**Endereço:**

654

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>

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

**Nome:** 54  
**Endereço:**

654

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>

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

**Nome:** 54  
**Endereço:**

654

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>

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

**Nome:** 54  
**Endereço:**

654

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>