



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* 6666666		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Satanista Assistência Médica		
3- Nome completo do Paciente* Pilantrino Marques		5-Peso do paciente* 64 kg		6-Altura do paciente* 4 cm
4- Nome da Mãe do Paciente* 5645				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	Lamotrigina 100mg	60	90	120
2	Gardenal 200mg	30	60	90
3	Pramipexol 0,125mg	30	60	90
4	Selegilina 5mg	30	60	90
5	Fingolimode 0,5mg	30	60	90
9- CID-10* Z76.3		10- Diagnóstico 564		
11- Anamnese* 56				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: Usou remédio de louco: Gardenal.				
<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 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* Jair Messias		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016547896545		16- Data da solicitação* 10/10/2020		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Sem informação		554654		
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		
<input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 555489791				
22- Correio eletrônico do paciente 5645@gmail.com				

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Pilantrino Marques

Endereço:

Lamotrigina 100mg
1cp 12/12 horas 60

Gardenal 200mg
Tomar 1cp a noite 30

Pramipexol 0,125mg
Tomar 1cp a noite 30

Selegilina 5mg
Tomar 1cp a noite 30

Fingolimode 0,5mg
Toamr 1cp pela manha 30

10/10/2020

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
Endereço:	UF:		
Cidade:			
Telefone:		<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: Pilantrino Marques

Endereço:

Lamotrigina 100mg
1cp 12/12 horas 60

Gardenal 200mg
Tomar 1cp a noite 30

Pramipexol 0,125mg
Tomar 1cp a noite 30

Selegilina 5mg
Tomar 1cp a noite 30

Fingolimode 0,5mg
Toamr 1cp pela manha 30

10/10/2020

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
Endereço:	UF:		
Cidade:			
Telefone:		<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
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Pilantrino Marques

Endereço:

Lamotrigina 100mg 90
Tomar 2cp 12/12 horas.
Gardenal 200mg 60
Tomar 2cp a noite.
Pramipexol 0,125mg 60
Tomar 2cp a noite
Selegilina 5mg 60
Tomar 2cp a noite
Fingolimode 0,5mg 60
Toamr 2cp manha
09/11/2020

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
Endereço:	UF:		
Cidade:			
Telefone:		<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: Pilantrino Marques

Endereço:

Lamotrigina 100mg 90
Tomar 2cp 12/12 horas.
Gardenal 200mg 60
Tomar 2cp a noite.
Pramipexol 0,125mg 60
Tomar 2cp a noite
Selegilina 5mg 60
Tomar 2cp a noite
Fingolimode 0,5mg 60
Toamr 2cp manha
09/11/2020

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
Endereço:	UF:		
Cidade:			
Telefone:		<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
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Pilantrino Marques

Endereço:

Lamotrigina 100mg 120
Tomar 3cp 12/12 horas.
Gardenal 200mg 90
Tomar 3cp a noite.
Pramipexol 0,125mg 90
Tomar 3cp a noite
Selegilina 5mg 90
Toamr 3 cp a noite
Fingolimode 0,5mg 90
Tomar 3cp manha
09/12/2020

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor	
Nome:	Órgão Emissor:		
Identidade:			
Endereço:	UF:		
Cidade:			
Telefone:		<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: Pilantrino Marques

Endereço:

Lamotrigina 100mg 120
Tomar 3cp 12/12 horas.
Gardenal 200mg 90
Tomar 3cp a noite.
Pramipexol 0,125mg 90
Tomar 3cp a noite
Selegilina 5mg 90
Toamr 3 cp a noite
Fingolimode 0,5mg 90
Tomar 3cp manha
09/12/2020

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

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666 Cotia

06706135 Jd. Três Marias