

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* 6823963		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Satanista Assistência Médica			
3- Nome completo do Paciente* 654564		5- Peso do paciente* 54 kg			
4- Nome da Mãe do Paciente* 5646		6- Altura do paciente* 654 cm			
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*			
		1º mês	2º mês	3º mês	
		1	654	564	564
		2			
		3			
		4			
9- CID-10* 564		10- Diagnóstico 654			
11- Anamnese* 564					
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* 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* 30/10/2019			
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input checked="" 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 _____					
22- Correio eletrônico do paciente					

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 654564
Endereço: 654

564
654
564
564

564

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>

Satanista Assistência Médica
Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 654564
Endereço: 654

564
654
564
564

564

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>

Satanista Assistência Médica
Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 654564
Endereço: 654

564
654
564
564

564

29/11/2019

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

Satanista Assistência Médica
Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 654564
Endereço: 654

564
654
564
564

564

29/11/2019

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

Satanista Assistência Médica
Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 654564
Endereço: 654

564
654
564
564

564

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>

Satanista Assistência Médica
Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 654564
Endereço: 654

564
654
564
564

564

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>

Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias