

## 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>682396</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>Água Santa Heleníssima</b>				
3- Nome completo do Paciente* <b>Primeiro paciente com clínica</b>		5- Peso do paciente* <b>4</b> kg				
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>456</b>		6- Altura do paciente* <b>45</b> cm				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		<b>1</b>	<b>56</b>	<b>465</b>	<b>4</b>	<b>5646</b>
		<b>2</b>				
		<b>3</b>				
		<b>4</b>				
9- CID-10* <b>g85</b>		10- Diagnóstico <b>654</b>				
11- Anamnese* <b>654</b>						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: <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 <b>56</b> <div style="text-align: right;">Nome do responsável</div>						
14- Nome do médico solicitante* <b>Lucas A V Barros</b>		17- Assinatura e carimbo do médico*				
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>980016293604585</b>		16- Data da solicitação* <b>10/10/2200</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 <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <b>465664</b>		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*				
22- Correio eletrônico do paciente						

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

**Nome:** Primeiro paciente com clínica

**Endereço:**

56 465  
54

10/10/2200

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

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

**Nome:** Primeiro paciente com clínica

**Endereço:**

56 465  
54

10/10/2200

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

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

**Nome:** Primeiro paciente com clínica

**Endereço:**

56 4

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

09/11/2200

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

**Nome:** Primeiro paciente com clínica

**Endereço:**

56 4

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

09/11/2200

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

**Nome:** Primeiro paciente com clínica

**Endereço:**

56 5646

09/12/2200

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

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

**Nome:** Primeiro paciente com clínica

**Endereço:**

56 5646

09/12/2200

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias