

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAME	(S)	<u>'</u>				
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO N	MÉDICO :	SOLICIT	ANTE			
1-Número do CNES* 2- Nome do estabelecimento de saúde s adSfasd	solicitante					
3- Nome completo do Paciente* asdfasd					o do pac 654	<u> </u>
4- Nome da Mãe do Paciente*					ra do pa	kg <u>cie</u> nte*
654					654	cm
7- Medicamento(s)*	1º mês		ntidade 3º mês			6º mês
1 bosentana 62,5 mg (comprimido)	10	10	10	10	10	10
2						
3						
4						
5						
6						\mathcal{L}
127.0 Hipertensão Pulmonar Primária						
11- Anamnese*						
41						
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*						\longrightarrow
NÃO ☐ SIM. Relatar:						
13- Atestado de capacidade*		b - charact	de de	d		
A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica d paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O pacien				da prese	nça fisica	a do
NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento						
	1	Nome do i	responsáv	/el)
Lucas Amorim Vieira de Barros		17- As	sinatura e	carimbo	do médi	co*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 16- Data da solicita	11					
980016293604585 16/07/202	25					
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ⊠Paciente ☐ Mãe do paciente ☐	Responsá	vel (descrit	to no item 1	13) N	lédico so	licitante
Outro, informar nome:e	CPF					
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* ———————————————————————————————————	20	Telefone	(s) para c	ontato do	o pacient	e
Preta Indígena. Informar Etnia:	}-					
Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente		Ancinct	. do ****	voóval = -!	prose -t.	monto*
CPF ou CNS] (23-	Assinatura	a ao respor	ısavei pelc	preenchi	mento \
22- Correio eletrônico do paciente	\exists					
	\neg					

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Nome: asdfasd

Endereço: 654

bosentana 62,5 mg (comprimido)

HO

16/07/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
ldentificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome: Nome:

adsfasd

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56464-654 654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd

Endereço: 654

bosentana 62,5 mg (comprimido)

10

10

 $\frac{1}{2}$

돗

16/07/2025

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

adsfasd

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56464-654

654654

Nome: asdfasd

Endereço: 654

bosentana 62,5 mg (comprimido)

HO

15/08/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Nome: Identidade:
Identificação do Fornecedor	Identificação do Comprador	lder

adsfasd

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56464-654 654654

adsfasd

(65) 4654.654 654654, 654654

56464-654 654654 654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Endereço: 654 Nome: asdfasd

 $\frac{1}{2}$

bosentana 62,5 mg (comprimido)

10

돗

10

15/08/2025

Telefone:	Endereço: Cidade:	ŗ.	Identificação do Comprador
	UF:	Órgão Emissor:	nprador
Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor

Nome: asdfasd

Endereço: 654

bosentana 62,5 mg (comprimido)

HO

14/09/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome: Iden

adsfasd

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56464-654

654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd

Endereço: 654

 $\frac{1}{2}$ bosentana 62,5 mg (comprimido)

10

돗

0

14/09/2025

Telefone:	Endereço: Cidade:	Nome: Identidade:	
	UF:	Órgão Emissor:	Identificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico			ldentificação do Fornecedor

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56464-654 654654

Nome: asdfasd

Endereço: 654

bosentana 62,5 mg (comprimido)

HO

14/10/2025

Identificação do Comprador Nome: Identidade: Órgão Emissor: Endereço: Cidade: UF:	Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
Identificação do Comprador :: Órgão Emissor:		UF:	Endereço: Cidade:
Identificação do Comprador		Órgão Emissor:	Identidade:
	Identificação do Fornecedor	ificação do Comprador	

adsfasd

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56464-654

654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd

Endereço: 654

돗 $\frac{1}{2}$ bosentana 62,5 mg (comprimido)

10

0

14/10/2025

adsfasd

654654, 654654

56464-654 (65) 4654.654 654654 654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd

Endereço: 654

bosentana 62,5 mg (comprimido)

HO

13/11/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Endereço: Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	ldentificação do Comprador	Nome: Iden

adsfasd

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

56464-654 654654

Nome: asdfasd

Endereço: 654

 $\frac{1}{2}$ bosentana 62,5 mg (comprimido)

0

굿

0

13/11/2025

Endereço: Cidade: Telefone:	Nome: Identidade:	lden
UF:	Órgão Emissor:	Identificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico		Identificação do Fornecedor

adsfasd

654654, 654654

56464-654 (65) 4654.654 654654 654654

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: asdfasd

Endereço: 654

bosentana 62,5 mg (comprimido)

HO

13/12/2025

Assinatura do Farmacêutico		Telefone:
	UF:	Cidade:
	Órgão Emissor:	Identidade:
Identificação do Fornecedor	Identificação do Comprador	Nome: Ideni

adsfasd

654654, 654654

654654

(65) 4654.654

56464-654

654654

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Nome: asdfasd

Endereço: 654

돗 bosentana 62,5 mg (comprimido)

10

0

 $\frac{1}{2}$

13/12/2025

Telefone:	Endereço: UF:	Nome: Identidade: Órgão Emissor:	Identificação do Comprador
Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor

654654, 654654

(65) 4654.654 654654

654654

56464-654