



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* 564antonino		5-Peso do paciente* 564 kg		6-Altura do paciente* 56 cm
4- Nome da Mãe do Paciente* 4				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	564	564	564	56
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* 465		10- Diagnóstico 4		
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				
Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante* Jai		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016547896545		16- Data da solicitação* 30/10/2095		
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 qwertyu				
22- Correio eletrônico do paciente				

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 564antonino
Endereço:
564
465
564

30/10/2095

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

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: 564antonino
Endereço:
564
465
564

30/10/2095

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

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: 564antonino

Endereço:

564 564

29/11/2095

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

6666 6666 Cotia

06706135

Jd. Très Marias

Receita de Controle Especial

2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564antonino

Endereço:

564 564

29/11/2095

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 333

66666 66666 Cotia

06706135 Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 564antonino
Endereço:

564 56

29/12/2095

<i>Identificação do Comprador</i>	<i>Identificação do Fornecedor</i>
Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone:	Órgão Emissor: UF: <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: 564antonino
Endereço:

564 56

29/12/2095

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

Rua João de Azevedo Marques, 333
6666 6666 Cotia
06706135 Jd. Três Marias