



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* 456		5- Peso do paciente* 564 kg		6- Altura do paciente* 4 cm
4- Nome da Mãe do Paciente* 564				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	564	654	564	56
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* 46		10- Diagnóstico 54		
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* Jair Messias		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016547896545		16- Data da solicitação* 30/10/1986		
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 checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela		5555		
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia:		555		
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação				
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		
<input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 56				
22- Correio eletrônico do paciente lcsavb@gmail.com				

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 456
Endereço: 564

654

30/10/1986

Identificação do Comprador		Identificação do Fornecedor
Nome:	Órgão Emissor:	<u>Assinatura do Farmacêutico</u>
Identidade:		
Endereço:	UF:	
Cidade:		
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: 456
Endereço: 564

654

30/10/1986

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

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

