



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* 6823421		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus		
3- Nome completo do Paciente* Fodidão Novo		5- Peso do paciente* 98 kg		6- Altura do paciente* 809 cm
4- Nome da Mãe do Paciente* 80				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	PIRIQUITIL 20MG	09	09	09
2	LAMOTRIGINA	60	60	60
3	OÇJSADÇLFKJSDALÇFJK	80	80	80
4				
5				
9- CID-10* Z76.3		10- Diagnóstico 098		
11- Anamnese* 098				
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 Bolsonaro		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 30/10/2095		

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☒ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante
☐ 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		

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Fodidão Novo
Endereço: 098

098

PIRIQUITIL 20MG

08

LAMOTRIGINA

Tomar 1cp de 12/12 horas

OÇJSADÇLFKJSDALÇFJK

LÇKAJDSFÇLKSDAJF

09

80

30/10/2095

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564
067087456

Cotia
Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Fodidão Novo
Endereço: 098

098

PIRIQUITIL 20MG

08

LAMOTRIGINA

Tomar 1cp de 12/12 horas

OÇJSADÇLFKJSDALÇFJK

LÇKAJDSFÇLKSDAJF

09

80

30/10/2095

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564
067087456

Cotia
Granja do bambu

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Fodidão Novo
Endereço: 098

098
PIRIQUITIL 20MG
08
LAMOTRIGINA
Tomar 1cp de 12/12 horas
OÇJSADÇŁFKJS DALÇFJK
LÇKAJDSFÇŁKSDAJF 80

29/11/2095

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564
067087456
Cotia
Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Fodidão Novo
Endereço: 098

098
PIRIQUITIL 20MG
08
LAMOTRIGINA
Tomar 1cp de 12/12 horas
OÇJSADÇŁFKJS DALÇFJK
LÇKAJDSFÇŁKSDAJF 80

29/11/2095

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564
067087456
Cotia
Granja do bambu

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Fodidão Novo
Endereço: 098

098
PIRIQUITIL 20MG
08
LAMOTRIGINA
Tomar 1cp de 12/12 horas
OÇJSADÇŁFKJS DALÇFJK
LÇKAJDSFÇŁKSDAJF 80

29/12/2095

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus
Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564 Cotia
067087456 Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Fodidão Novo
Endereço: 098

098
PIRIQUITIL 20MG
08
LAMOTRIGINA
Tomar 1cp de 12/12 horas
OÇJSADÇŁFKJS DALÇFJK
LÇKAJDSFÇŁKSDAJF 80

29/12/2095

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

Rua do Orquidário Maligno, 134
555474564 Cotia
067087456 Granja do bambu