



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* Paciente teste		5- Peso do paciente* 8 kg				
4- Nome da Mãe do Paciente* 80-		6- Altura do paciente* 0 cm				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*				
		1º mês	2º mês	3º mês		
		1	980	8	8	8
		2				
		3				
		4				
9- CID-10* G40		10- Diagnóstico 098				
11- Anamnese* 080-						
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* 30/10/1986				

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: Paciente teste

Endereço: 8

098
980
098

8

30/10/1986

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

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: Paciente teste

Endereço: 8

098
980
098

8

30/10/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente teste

Endereço: 8

098
980
098

8

29/11/1986

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

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: Paciente teste

Endereço: 8

098
980
098

8

29/11/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente teste

Endereço: 8

098
980
098

8

29/12/1986

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

Clinica Santa Maria Mãe Evangelica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente teste

Endereço: 8

098
980
098

8

29/12/1986

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

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564

Cotia

067087456

Granja do bambu