

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

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

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)			
CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO S	OLICITANTE		
1-Número do CNES* 6823421 Clínica Santa Maria Mãe Eva	ngélica d		
3- Nome completo do Paciente* (teste de Paciente Existente 4- Nome da Mãe do Paciente*		8	paciente* kg o paciente*
80-) 6-Aitura d	
7- Medicamento(s)*	8- Qua	ntidade solid 2º mês	itada* 3º mês
1 980	8	8	8
2			
3			
4			
5			
G10 098			
11- Anamnese*			
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*			=
SIM. Relatar:			
⊠não			
			=
13- Atestado de capacidade* A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a	obrigatoriedade	e da presença fi	ísica do
paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é consider	ado incapaz?		
NÃO SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento		- 51	
	ome do respons	a e carimbo do	médico*
Jair Messias Bolsonaro	17- Assiriature	a c camino do	THE COLOR
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* — 16- Data da solicitação*			
980016293604585 30/10/1986			
18 - CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☑ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsáv	el (descrito no ite	m 13) Médio	co solicitante
∐Outro, informar nome:e CPF			
19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável* DAmarela	Telefone(s) par	ra contato do pa	aciente —
☐Preta ☐Indígena. Informar Etnia:			
Parda Sem informação 21- Número do documento do paciente — 23-	Assinatura do resp	nonsável nelo pro	enchimento*
CPF ou CNS	Somatura do resp	oonoaven heno hie	CHOIMHEIRO)

^{*} CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial 1ª Via – Retenção da farmácia

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098

098 980

 ∞

980 098

 ∞

98

Endereço: 8

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

30/10/1986

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

Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

Granja do bambu

067087456

	efone:	lade:	ntidade:	
		UF:	Órgão Emissor:	ldentificação do Comprador
	Assinatura do Farmacêutico			Identificação do Fornecedor
2	Telefo	Cidade	Identi	2

30/10/1986

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

Clínica 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

Receita de Controle Especial

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

980 098

098

 ∞

29/11/1986

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

Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

067087456 555474564 Cotia

Granja do bambu

098 980 98 Endereço: 8 Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE 2ª Via – Orientação do paciente

 ∞

29/11/1986

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

Clínica 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

Receita de Controle Especial 2ª Via – Orientação do paciente

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

Endereço: 8

098

098 980

 ∞

98

Endereço: 8

Nome: tESTE DE PACIENTE EXISTENTE

 ∞

980 098

29/12/1986

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

Clínica Santa Maria Mãe Evangélica de Deus

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

Granja do bambu

067087456

Rua do Orquidário Maligno, 134

555474564 Cotia

067087456 Granja do bambu

29/12/1986

Nome: Identidade: Endereço: Cidade: Telefone: Identificação do Comprador Órgão Emissor: Ç. Assinatura do Farmacêutico Identificação do Fornecedor