



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 do include		5-Peso do paciente* 9087 kg		6-Altura do paciente* 7098 cm
4- Nome da Mãe do Paciente* 7				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	879	9087	9087	9087
2	fdsadfasdfasd	adsfasdf	adsfasdf	adsfasdf
3				
4				
5				
9- CID-10* 987		10- Diagnóstico 9087		
11- Anamnese* 987				
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* 20/10/2001		

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 do include  
Endereço: 987

987

879

987

fdsadfasdfasd

fsdfasdf

9087

adsfasdf

20/10/2001

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
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 do include  
Endereço: 987

987

879

987

fdsadfasdfasd

fsdfasdf

9087

adsfasdf

20/10/2001

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
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 do include  
Endereço: 987

987  
879  
987  
fdsadfasdfasd  
fsdfasdf

9087  
  
  
adsfasdf

19/11/2001

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
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  
067087456

Cotia  
Granja do bambu

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: paciente do include  
Endereço: 987

987  
879  
987  
fdsadfasdfasd  
fsdfasdf

9087  
  
  
adsfasdf

19/11/2001

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
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  
067087456

Cotia  
Granja do bambu

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: paciente do include  
Endereço: 987

987

879

987

fdsadfasdfasd

fsdfasdf

9087

adsfasdf

19/12/2001

Identificação do Comprador	Identificação do Fornecedor
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 do include  
Endereço: 987

987

879

987

fdsadfasdfasd

fsdfasdf

9087

adsfasdf

19/12/2001

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

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