

**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* <b>89654</b>		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante <b>8965</b>	
3- Nome completo do Paciente* <b>Paciente s</b>		5- Peso do paciente* <b>4968</b> kg	
4- Nome da Mãe do Paciente* <b>415646548596</b>		6- Altura do paciente* <b>10</b> cm	

7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	85964	8965	4896	54
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* <b>48965</b>	10- Diagnóstico <b>4</b>
11- Anamnese* <b>85964</b>	

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*  
**896**

☒ SIM. Relatar:  
☐ 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?

☐ NÃO ☒ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento **4**

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante* <b>Messias</b>	17- Assinatura e carimbo do médico*
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* <b>16516854894894</b>	16- Data da solicitação* <b>30/10/2019</b>

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* <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	20- Telefone(s) para contato do paciente
21- Número do documento do paciente <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS <b>8789132196854654896545</b>	23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
22- Correio eletrônico do paciente	

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Paciente s  
**Endereço:**

85964 8965  
85964

30/10/2019

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

8965

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Paciente s  
**Endereço:**

85964 8965  
85964

30/10/2019

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

8965

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Paciente s  
**Endereço:**  
  
85964  
  
4896

29/11/2019

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

8965

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Paciente s  
**Endereço:**  
  
85964  
  
4896

29/11/2019

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

8965

**Receita de Controle Especial**  
**1ª Via – Retenção da Farmácia**

**Nome:** Paciente s  
**Endereço:**  
  
85964 54

29/12/2019

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

8965

**Receita de Controle Especial**  
**2ª Via – Orientação do paciente**

**Nome:** Paciente s  
**Endereço:**  
  
85964 54

29/12/2019

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

8965