



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*		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante						
3- Nome completo do Paciente*		5- Peso do paciente* kg						
4- Nome da Mãe do Paciente*		6- Altura do paciente* cm						
<b>7- Medicamento(s)*</b>		<b>8- Quantidade solicitada*</b>						
		1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	
		1						
		2						
		3						
		4						
		5						
9- CID-10*		10- Diagnóstico						
11- Anamnese*								
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*								
NÃO      SIM. Relatar:								
<b>13- Atestado de capacidade*</b>								
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								
Nome do responsável								
14- Nome do médico solicitante*		17- Assinatura e carimbo do médico*						
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante*								16- Data da solicitação*

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
Branca	<input type="checkbox"/> Amarela	
Preta	<input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia: _____	
Parda	<input type="checkbox"/> Sem informação	
21- Número do documento do paciente		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*
CPF ou    CNS    _____		
22- Correio eletrônico do paciente		

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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

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

**Nome:**

**Endereço:**

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