



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* 6823963		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Satanista Assistência Médica			
3- Nome completo do Paciente* 564		5- Peso do paciente* 465 kg			
4- Nome da Mãe do Paciente* 65		6- Altura do paciente* 654 cm			
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*			
		1º mês	2º mês	3º mês	
		1	564	564	564
		2			
		3			
		4			
9- CID-10* 564		10- Diagnóstico 564			
11- Anamnese* 56					
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* Lucas Amorim Vieira de Barros		17- Assinatura e carimbo do médico*			
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 30/10/2019			

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: 564
Endereço: 4

564
564
654

564

30/10/2019

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

Satanista Assistência Médica
Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564
Endereço: 4

564
564
654

564

30/10/2019

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

Satanista Assistência Médica
Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 564

Endereço: 4

564

564

654

564

29/11/2019

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 202

555511254 São Bernardo do Campo

06706848 Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564

Endereço: 4

564

564

654

564

29/11/2019

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

Satanista Assistência Médica

Rua João de Azevedo Marques, 202

555511254 São Bernardo do Campo

06706848 Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: 564
Endereço: 4

564
564
654

564

29/12/2019

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

Satanista Assistência Médica
Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: 564
Endereço: 4

564
564
654

564

29/12/2019

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

Rua João de Azevedo Marques, 202
555511254
06706848

São Bernardo do Campo
Jd. Três Marias