



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* 23423		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante KJLKÇ		
3- Nome completo do Paciente* Paciente único		5-Peso do paciente* 98 kg		
4- Nome da Mãe do Paciente* 098		6-Altura do paciente* 98 cm		
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	8	wer	wer	wer
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* P2		10- Diagnóstico 098		
11- Anamnese* 098				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: fdsdfsdf				
<input 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* Antonio Matias		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 234234		16- Data da solicitação* 30/10/1986		

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 checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela		234234	
<input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena. Informar Etnia:		23423	
<input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Sem informação		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*	
21- Número do documento do paciente			
<input checked="" type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 1234203892908			
22- Correio eletrônico do paciente			
4234234@gmail.com			

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente único  
Endereço: 098

098  
8  
098wer

30/10/1986

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

KULKÇ  
JLKJ, 234  
234 JL  
234 KJ

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente único  
Endereço: 098

098  
8  
098wer

30/10/1986

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

KULKÇ  
JLKJ, 234  
234 JL  
234 KJ

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente único  
Endereço: 098

098  
8  
098wer

29/11/1986

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

KULKÇ  
JLKJ, 234  
234 JL  
234 KJ

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente único  
Endereço: 098

098  
8  
098wer

29/11/1986

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

KULKÇ  
JLKJ, 234  
234 JL  
234 KJ

Receita de Controle Especial  
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Paciente único  
Endereço: 098

098  
8  
098wer

29/12/1986

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

KULKÇ  
JLKJ, 234  
234 JL  
234 KJ

Receita de Controle Especial  
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: Paciente único  
Endereço: 098

098  
8  
098wer

29/12/1986

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

JLKJ, 234  
234 JL  
234 KJ