

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* Marta Salles		5- Peso do paciente* 9 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	098	098	09	09
2				
3				
4				
5				

9- CID-10* 09	10- Diagnóstico 809
-------------------------	-------------------------------

11- Anamnese*
809

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*
☐ 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 _____

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* 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* <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 _____		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento* _____ _____
22- Correio eletrônico do paciente _____		

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: Marta Salles
Endereço: 809

098
098
098

098

30/10/1986

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: Marta Salles
Endereço: 809

098
098
098

098

30/10/1986

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: Marta Salles
Endereço: 809

098
098
098

09

29/11/1986

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: Marta Salles
Endereço: 809

098
098
098

09

29/11/1986

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: Marta Salles
Endereço: 809

098
098
098

09

29/12/1986

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: Marta Salles
Endereço: 809

098
098
098

09

29/12/1986

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