



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* 682396		2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante Água Santa Heleníssima		
3- Nome completo do Paciente* kajd;flkjadsflk		5- Peso do paciente* 70 kg		6- Altura do paciente* 180 cm
4- Nome da Mãe do Paciente* adfasdfd				
7- Medicamento(s)*		8- Quantidade solicitada*		
		1º mês	2º mês	3º mês
1	654	65	465	46
2				
3				
4				
5				
9- CID-10* G20		10- Diagnóstico ASDFASDF		
11- Anamnese* 654				
12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*				
<input checked="" type="checkbox"/> SIM. Relatar: 564				
<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 type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento adfasdfd Nome do responsável				
14- Nome do médico solicitante* Lucas A V Barros		17- Assinatura e carimbo do médico*		
15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante* 980016293604585		16- Data da solicitação* 20/10/2019		
18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: <input checked="" type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Mãe do paciente <input type="checkbox"/> Responsável (descrito no item 13) <input type="checkbox"/> Médico solicitante				
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> CPF ou <input type="checkbox"/> CNS 33377415841		23- Assinatura do responsável pelo preenchimento*		
22- Correio eletrônico do paciente				

* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: kajd;flkjadsflk
Endereço:
654 65
54

20/10/2019

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

Água Santa Heleníssima
Rua das Araucárias
5511992212707 São Bernardo do Campo
06709-135 Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: kajd;flkjadsflk
Endereço:
654 65
54

20/10/2019

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

Água Santa Heleníssima
Rua das Araucárias
5511992212707 São Bernardo do Campo
06709-135 Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: kajd;flkjadsflk
Endereço:

654

465

19/11/2019

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

Água Santa Heleníssima
Rua das Araucárias
5511992212707
06709-135
São Bernardo do Campo
Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: kajd;flkjadsflk
Endereço:

654

465

19/11/2019

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

Água Santa Heleníssima
Rua das Araucárias
5511992212707
06709-135
São Bernardo do Campo
Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
1ª Via – Retenção da Farmácia

Nome: kajd;flkjadsflk
Endereço:

654 46

19/12/2019

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias

Receita de Controle Especial
2ª Via – Orientação do paciente

Nome: kajd;flkjadsflk
Endereço:

654 46

19/12/2019

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

Água Santa Heleníssima

Rua das Araucárias

5511992212707 São Bernardo do Campo

06709-135 Jardim Três Marias